



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Autogestão do Regime de Exercício:  
Proposta de um Modelo Clínico de Dados  
Dissertação

André Ventura de Oliveira

Porto, 2022



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

---

AUTOGESTÃO DO REGIME DE EXERCÍCIO:  
PROPOSTA DE UM MODELO CLÍNICO DE DADOS  
SELF-MANAGEMENT OF EXERCISE REGIME:  
PROPOSAL FOR A CLINICAL DATA MODEL

Dissertação orientada pela Professora Doutora  
Fernanda Bastos e coorientado pela Professora Inês  
Cruz

André Ventura de Oliveira

Porto, 2022



## AGRADECIMENTOS:

Agradeço a todos os que comigo, contribuíram para a concretização de mais este projeto, nomeadamente:

À Professora Doutora Fernanda Bastos, pelo empenho e dedicação, e pelo espírito crítico;

À Professora Inês Cruz pelo estímulo constante e pelo seu pragmatismo.

A toda a minha família por acreditar em mim e compreender a dedicação;

Um muito especial à Mafalda e ao Duarte, por serem o meu porto seguro e o meu incentivo maior.

O meu sincero obrigado!



## RESUMO

**Introdução:** A evolução da prevalência de doenças crónicas tem induzido um aumento exponencial das pessoas que vivenciam condições crónicas de saúde. Tais condições desafiam as pessoas no autocuidado, nomeadamente, através da incorporação de regimes terapêuticos complexos, incluindo-se a vertente do regime de exercício. Nessa perspetiva, importa que os enfermeiros saibam identificar e agir face às necessidades de cuidados no domínio da autogestão do regime de exercício.

**Objetivos:** Com este estudo pretendemos identificar o conjunto de dados, enunciados de diagnóstico e de intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício. Também é objetivo agregar a informação identificada através da construção de uma proposta de Modelo Clínico de Dados (MCD) neste domínio.

**Metodologia:** Este estudo seguiu a metodologia de Scoping Review. Após a construção da frase booleana a pesquisa foi efetuada no agregador de conteúdos científicos EBSCOHost web (CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, SPORTDiscus with Full Text, Medclatina) e nas bases de dados Scopus e Web of Science. Foram incluídos estudos publicados até abril de 2022, em que os participantes fossem pessoas adultas com condições de saúde crónicas, que descrevessem os dados, diagnósticos e intervenções dos enfermeiros no domínio da autogestão do regime de exercício.

**Resultados:** Com base nos critérios de inclusão definidos foram incluídos no *corpus* de análise, após a análise do conteúdo integral, 10% (63/625) dos estudos. Os resultados obtidos permitem inferir que devem fazer parte do MCD dados sobre: a caracterização do exercício por tipo, intensidade, duração e frequência; a caracterização da autogestão do regime de exercício; os processos adaptativos da pessoa ao regime; e os fatores que influenciam o regime. Partindo das informações recolhidas são disponibilizados os enunciados diagnósticos e de intervenções de enfermagem que respondem às necessidades identificadas. Concretizamos o mapeamento com a proposta de MCD no âmbito da autogestão do regime de exercício.

**Conclusões:** Os resultados obtidos permitiram agregar um conjunto de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, no domínio da autogestão do regime de exercício, que podem incorporar a conceção de cuidados dos enfermeiros e a representação do exercício profissional.

**Implicações para a prática:** Este estudo identifica os principais itens de informação que os enfermeiros podem usar na representação desta área de atenção. A representação deste foco no MCD proposto nos sistemas de informação pode apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros nesta dimensão, acrescentando especificidade ao sugerido pela NursingOntos.

**Implicações para a investigação:** Com este estudo tomamos consciência da necessidade de mais investigações no domínio da autogestão do regime de exercício, por forma a validar os resultados obtidos. Numa perspetiva de continuidade, sugerimos a descrição dos conteúdos clínicos identificados ou testados pelas futuras investigações, de forma a melhorar a efetividade da representação do exercício profissional dos enfermeiros com recurso a uma linguagem classificada.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Autogestão, Regime de Exercício, Sistemas de informação, Modelo Clínico de Dados



## ABSTRACT

**Background:** The evolution of the prevalence of chronic diseases has been inducing an exponential increase in the number of people experiencing chronic health conditions. These conditions challenge people's self-care, namely through the incorporation of complex therapeutic regimens, including the exercise regime. In this perspective, it is important that they know how to identify them and act upon the care needs regarding the self-management of the exercise regime.

**Objectives:** This study aimed to identify the set of data, diagnoses and nursing intervention statements in the area of self-management of the exercise regimen. We also aimed to aggregate the identified information by building a proposal for a Clinical Data Model (CDM) in this domain.

**Methods:** This study followed the Scoping Review methodology. After the construction of the Boolean phrase, the research was performed in the scientific content aggregator EBSCOHost web (CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, SPORTDiscus with Full Text, Mediclatina) and in the Scopus and Web of Science databases. Studies published until April 2022, in which the participants were adults with chronic health conditions, and which described the data, diagnoses and interventions of the nurses in the area of self-management of the exercise regimen were included.

**Results:** Based on the defined inclusion criteria, 10% (63/625) of the studies were included in the *corpus* of analysis after the analysis of the full content of the studies. The results obtained allow us to infer that the CDM should include data on the characterisation of the exercise by type, intensity, duration and frequency; the characterisation of the self-management of the exercise regimen; the person's adaptive processes to the regime; and the factors influencing the regime. Based on the information collected, the diagnoses and nursing intervention statements are made available to meet the identified needs. The mapping was completed with the proposal of a CDM within the scope of self-management of the exercise regimen.

**Conclusions:** The results obtained allowed for the aggregation of a set of data, diagnoses and nursing interventions within the domain of self-management of the exercise regimen, which may incorporate the nurses' conception of care and the representation of the professional practice.

**Implications for Practice:** This study identifies the main information items that nurses can use to represent this area. The representation of this focus on the MCD proposed in the information systems, can support the decision-making of nurses in this dimension, adding specificity to that suggested by NursingOntos.

**Implications for Investigation:** We are aware of the need for further research in the area of self-management of the exercise regime so as to validate the results obtained. In a perspective of continuity, we suggest the description of the clinical contents identified or tested by future research, in order to improve the effectiveness of the representation of the nurses' professional practice, resorting to a classified language.

**Keywords:** Nurse, Self-Management, Exercise Regime, Information Systems, Clinical Data Model



## ABREVIATURAS

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CIDESI - Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-geral da Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos da América

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto nacional de estatística

JBI - Joanna Briggs Institute

MCD - Modelo(s) Clínico(s) de Dados

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH - Medical Subject Headings

OMS - Organização mundial de saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SI - Sistemas de Informação

SR - Scoping Review

UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

UR - Unidade(s) de Registo



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO .....	19
1.1. A pessoa com doença crónica .....	19
1.2. O autocuidado e a transição saúde-doença.....	22
1.3. Autogestão: requisito de autocuidado.....	22
1.3.1. Autogestão do regime de exercício.....	23
1.4. A ação profissional de enfermagem na autogestão do regime de exercício .....	25
1.5. Sistemas de informação em enfermagem .....	27
1.5.1. Modelo clínico de dados.....	28
CAPÍTULO 2: METODOLOGIA .....	31
2.1. Finalidade do estudo.....	31
2.2. Objetivos do estudo.....	32
2.3. Desenho do estudo .....	32
2.3.1. Critérios de inclusão.....	33
2.3.2. Estratégia de pesquisa .....	34
2.4. Seleção de estudos .....	36
2.5. Análise de Conteúdo .....	37
CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	39
3.1. Estudos incluídos .....	39
3.2. Dados relevantes para a decisão clínica dos enfermeiros .....	40
3.2.1. Dados de caracterização do padrão de exercício .....	41
3.2.2. Dados de caracterização da autogestão do regime de exercício .....	42
3.2.3. Dados relativos ao processo adaptativo da pessoa, que influenciam a autogestão do regime de exercício.....	43
3.2.3.1. Dados relativos aos significados .....	44
3.2.3.2. Dados relativos ao conhecimento .....	45
3.2.3.3. Dados relativos à atitude .....	46
3.2.3.4. Dados relativos à perceção de autoeficácia para o exercício .....	47
3.2.3.5. Dados relativos à consciencialização .....	49
3.2.4. Dados relativos aos fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício .....	50
3.2.4.1. Dados relativos a fatores relacionados com os recursos .....	50

3.2.4.2. Dados relacionados com a doença/condição .....	55
3.2.4.3. Dados relativos a fatores internos / pessoais .....	58
3.2.4.4. Dados relativos a fatores sociais .....	61
3.2.4.5. Dados relativos a fatores culturais .....	62
3.2.4.6. Dados relativos aos fatores ambientais .....	63
<b>3.3. Diagnósticos de enfermagem .....</b>	<b>63</b>
<b>3.4. Intervenções de enfermagem .....</b>	<b>65</b>
3.4.1. Intervenções de enfermagem por tipo de ação .....	66
3.4.1.1. Intervenções de enfermagem do tipo Informar .....	66
3.4.1.2. Intervenções de enfermagem do tipo Assistir .....	69
3.4.1.3. Intervenções de enfermagem do tipo Determinar.....	70
3.4.1.4. Intervenções de enfermagem do tipo Relacionar .....	74
3.4.1.5. Intervenções de enfermagem do tipo Providenciar .....	75
3.4.1.6. Intervenções de enfermagem do tipo Referenciar .....	75
3.4.2. Regime de exercício .....	76
3.4.2.1. <i>Guidelines</i> de exercício .....	76
3.4.2.2. Exercício.....	77
3.4.2.3. Particularidades do regime de exercício .....	80
3.4.3. Recursos necessários às intervenções .....	84
3.4.4. Estratégias das intervenções.....	85
<b>CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>87</b>
<b>4.1. Diferenciação de conceitos .....</b>	<b>87</b>
<b>4.2. Desenvolvimento e fundamentação do MCD .....</b>	<b>89</b>
<b>4.3. Fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício .....</b>	<b>99</b>
<b>4.4. Especificação do regime de exercício.....</b>	<b>101</b>
CONCLUSÃO.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111
ANEXO (S) .....	117
Anexo I - Fontes excluídas após a revisão do título e resumo.....	119
Anexo II - Fontes excluídas após a revisão texto integral.....	161
Anexo III - Caracterização dos estudos incluídos no corpus de análise .....	171
Anexo IV - Fluxograma PRISMA _ ScR .....	183
Anexo V - Tabelas de extração da informação .....	187
Anexo VI - Unidades de registo por categoria - “dados” .....	191
Anexo VII - Unidades de registo por categoria - “diagnósticos” .....	209
Anexo VIII - Unidades de registo por categoria - “intervenções” .....	213
Anexo IX - Dimensões da prescrição de intervenções de exercício.....	237

Anexo X - Descrição do regime de exercício agregado por dimensão do exercício .....	241
Anexo XI - Outros recursos para as intervenções .....	247



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão .....	33
Tabela 2 - Resultados da pesquisa .....	35



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Frase booleana .....	35
Figura 2 - Categorias dos dados .....	40
Figura 3 - Categorias dos dados relativos aos processos adaptativos .....	44
Figura 4 - Fatores que influenciam a autogestão .....	50
Figura 5 - Fatores relacionados com os recursos.....	51
Figura 6 - Fatores relacionados com a doença/condição .....	55
Figura 7 - Fatores internos ou pessoais .....	58
Figura 8 - Diagnósticos de enfermagem .....	63
Figura 9 - Intervenções de enfermagem.....	66
Figura 10 - Particularidades do regime .....	81
Figura 11 - MCD - Autogestão do Regime de Exercício.....	91
Figura 12 - MCD - Consciencialização .....	93
Figura 13 - MCD - Atitude face ao regime.....	94
Figura 14 - MCD - Crença .....	94
Figura 15 - MCD - Perceção de Autoeficácia.....	95
Figura 16 - MCD - Significado atribuído ao regime .....	96
Figura 17 - MCD - Conhecimento sobre o regime de exercício .....	97
Figura 18 - MCD - Conhecimento sobre autogestão.....	98
Figura 19 - Fatores que influenciam a autogestão .....	99
Figura 20 - Particularidades do Regime .....	102
Figura 21 - MCD (Completo) .....	104



## INTRODUÇÃO

Um dos principais flagelos na sociedade portuguesa e mundial relaciona-se com a elevada prevalência de doenças crónicas vivenciadas pelas pessoas. A enfermagem, enquanto disciplina e profissão, tem certamente um papel ativo na sua prevenção, mas também na minimização do impacto da mesma nas pessoas que delas padecem. Nesse sentido, a recente revisão das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica promoveu o desdobramento em quatro áreas de especialidade distintas, onde salientamos a área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Tal imposição legal e regulamentar disponibiliza uma definição abrangente do conceito de doença crónica, considerando-a *“doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19638). Reconhecendo que estes tipos de doenças têm *“limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19638). De acordo com o foco de atenção dos enfermeiros, considera-se que uma das formas de intervenção neste domínio é a capacitação das pessoas para a autogestão. A autogestão é considerada pelo International Council of Nurses (ICN) (2019), como *“atividade desenvolvida pelo próprio”*, corroborada pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019), que descreve os processos de autogestão como a capacitação para o desenvolvimento de estratégias de gestão de doenças crónicas que permitam viver uma vida mais saudável. Tem como primordiais objetivos reduzir o impacto dos sinais e sintomas da doença e melhorar a qualidade de vida (CDC, 2019). Considerando que a inatividade física: é o quarto fator de risco de mortalidade global; é um dos fatores modificáveis no controlo de múltiplas doenças crónicas; tem efeitos na qualidade de vida das pessoas; aumenta o risco de outras doenças (diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca, osteoporose, entre outras), considera-se que os processos de autogestão são fundamentais, o que inclui o regime de exercício (Dasso, 2018).

Identificados os conceitos anteriores de pessoa com doença crónica, autogestão e, ainda, a relevância do exercício, é relevante integrar este domínio como uma das áreas de principal enfoque dos enfermeiros em geral e, mais especificamente, os especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Na nossa opinião, os enfermeiros apresentam um conjunto de competências essenciais para maximizar a integração de atividades de autogestão pelas pessoas com condições crónicas, em qualquer uma das dimensões do regime terapêutico.

Este estudo denominado “Autogestão do regime de exercício - Contributo para um Modelo Clínico de Dados” tenta identificar, a partir da literatura pesquisada, uma agregação de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício. Pretende-se, no final, inferir uma proposta de modelo clínico de dados, passível de integrar um sistema de informação, que disponibilize aos enfermeiros a representação do conhecimento nesta área, promovendo a continuidade de cuidados à pessoa com condição crónica.

Este estudo apresenta, como principal expectativa, o mapeamento conceptual do domínio da autogestão do regime terapêutico, pelo que utilizamos uma metodologia qualitativa de investigação, denominada de *Scoping Review* (SR). As fontes e a literatura utilizadas são muito variadas para a construção deste documento, foi realizada a pesquisa de forma sistemática, através de agregadores de bases de dados científicas, para garantir a validade da informação recolhida e possibilidade de monitorização.

O presente trabalho, que determina a conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), pretende ser o corolário desse percurso, iniciado em 2018.

Este documento é constituído por quatro capítulos. No primeiro, é explanado todo o conjunto de conceitos teóricos que se consideraram essenciais e que relevam para uma adequada integração do domínio da autogestão do regime de exercício. Segue-se o segundo capítulo - Metodologia, que descreve o desenho do estudo por nós desenvolvido, utilizando uma metodologia de estudo de revisão - *Scoping Review*, balizada pelas recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020). Neste capítulo apresenta-se o desenvolvimento desta metodologia, que integra a seleção da pesquisa nas bases de dados, bem como o método de extração dos dados da literatura. Segue-se o terceiro capítulo intitulado - Apresentação dos resultados: é um capítulo extenso, onde descrevemos os conjuntos de dados, diagnósticos e intervenções identificadas, bem como algumas informações complementares que apoiam a compreensão da temática e refletem informações relevantes sobre os dados ou as intervenções de enfermagem. Antes de concluirmos a descrição do estudo, apresentamos o quarto capítulo que apresenta a reflexão e interpretação dos resultados, designado por - Discussão dos Resultados.

## CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO

A referência ao enquadramento realça o momento de explanação de conceitos e conteúdos que serão imprescindíveis para a verdadeira compreensão do domínio em estudo. Tentaremos, assim, ao longo do presente capítulo, descrever as temáticas abordadas com o objetivo de sustentar a descrição dos achados obtidos através da pesquisa realizada, bem como das inferências realizadas a partir do *corpus* de análise do estudo. Por essa via, tendo definido o domínio da autogestão do regime de exercício como objeto de estudo, é fulcral expor os conceitos que sustentam a interpretação da temática. As conceções teóricas que consubstanciam este estudo são a Teoria da Transição de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Meleis et al., 2000; Orem, 1993). Os conceitos de autocuidado, gestão do regime terapêutico, autogestão do regime terapêutico, assim como, a adaptabilidade ao contexto da pessoa com doença crónica será abordada. Por fim, neste capítulo, iremos explicar alguns conceitos e temáticas relacionadas com a representação do exercício profissional dos enfermeiros, através dos sistemas de informação em enfermagem, incluindo a modelação clínica de dados para concretizar a proposta de modelo clínico de dados que integre a arquitetura de um sistema de informação para os enfermeiros.

### 1.1. A pessoa com doença crónica

O envelhecimento populacional é uma realidade atual e com tendência de crescimento em Portugal. O índice de envelhecimento disponibilizado pela *PorData* (INE, 2022) demonstra isso mesmo, quando apresenta dados comparativos dos últimos 60 anos, com os resultados respetivos, 27 idosos por cada 100 jovens em 1960, e, em 2021, com 182 idosos por cada 100 jovens. Para além disso, os últimos Censos, revelam o agravamento do envelhecimento populacional em Portugal, “tanto pela base (redução do número de indivíduos jovens), como pelo topo da pirâmide etária (aumento do número de indivíduos idosos)” (INE, 2022). Por sua vez, o envelhecimento impõe uma “carga de morbilidade e mortalidade cada vez maior na população residente em Portugal, maioritariamente à custa da maior prevalência de doenças crónicas e as complicações daí decorrentes” (INE, 2022). Identificadas todas as diferenças na “estrutura demográfica, com o crescente envelhecimento da população, e com uma maior prevalência de doenças crónicas, incapacitantes e progressivas”, é

perspetivado o aumento do número de pessoas que apresentem condições de saúde crónicas. Neste âmbito, destacam-se dois aspetos: a *“capacidade de independência e/ou autonomia se apresenta comprometida”* e o aumento das *“necessidades de cuidados de longa duração”* (Duarte-Ramos et al., 2022, p. 46).

Enquadrado o contexto da evolução demográfica e reconhecido o principal impacto que esta alteração introduz nos sistemas de saúde, é relevante enquadrar a referência ao conceito de doença crónica. Apesar da existência da doença crónica não ser exclusiva da população idosa, esta apresenta uma prevalência superior nessa faixa etária. A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2010, sp.) define doenças crónicas como as *“doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”*.

Existem várias tentativas de enumeração das diferentes doenças crónicas, entre elas: doenças respiratórias; doenças renais; doenças do foro mental; esclerose múltipla; doenças oncológicas, onde se inclui as recorrências tardias relacionadas com a doença ou com o tratamento; doenças infecciosas como vírus de imunodeficiência adquirida, tuberculose, hepatite B e hepatite C; doenças cardíacas; diabetes Mellitus; ou ainda, a incapacidade induzida pelos acidentes vasculares cerebrais (Cheng et al., 2016; Wallace & Salive, 2013). No entanto, muitas outras doenças poderiam ser incluídas, se considerarmos a permanência temporal ou a ausência de tratamento curativo. Para além disso, é importante reconhecer o conjunto de determinantes biológicos, comportamentais, sociais e económicos relacionados com a doença crónica, entre elas: o uso de substâncias, o sedentarismo, os hábitos alimentares, a obesidade, a hipertensão arterial, a hiperglicemia e a hipercolesterolemia, estão na sua génese (DGS, 2021). No estudo de revisão de Wallace & Salive (2013), é referida a importância de reconhecer na pessoa com doença crónica, que a doença não é uma entidade individual. Ao invés disso, existe uma relação com outras doenças concomitantes, bem como com o envolvimento de múltiplas estruturas fisiológicas, manifestações clínicas e complicações.

O estudo de Melguizo (2011), apresenta as principais características comuns no universo das doenças crónicas: a deterioração orgânica e funcional de forma gradual e progressiva; a etiologia é multicausal e complexa; a identificação é habitualmente gradual e silenciosa apresentando um pico de prevalência na população idosa; o prolongamento no contínuo da vida da pessoa; a exigência de cuidados de saúde; o primordial foco dos profissionais de saúde ser a prevenção; e a identificação precoce e prevenção de complicações. Considerando como desadequada a abordagem clínica habitual de considerar cada doença como uma entidade independente. As doenças crónicas apresentam uma evolução exponencial, diretamente relacionada com o aumento da esperança média de vida e com muitas mudanças de hábitos e estilos de vida das pessoas (Deyo et al., 2015; Melguizo, 2011).

Por esse facto, existem autores que propõem a alteração do foco para a pessoa com condição crónica, numa perspetiva integrada e global, afastando claramente o enfoque na especificidade de cada doença. Também Lorig, no programa dirigido à capacitação para a autogestão da doença crónica - *Chronic Disease Self-management Program*, identifica um conjunto de cinco competências para viver com a doença crónica, independentes da especificidade da doença. São elas: resolução de problemas; tomada de decisão; identificação e utilização dos recursos; estabelecer uma parceria com os profissionais de saúde; e ainda, o planeamento da ação (Bastos, 2015; Lorig, 2003).

Face ao exposto, o domínio definido para este estudo impõe claramente a identificação relacionada com a dicotomia entre pessoas com doenças crónicas e as pessoas com condições crónicas. Este binómio é estrutural no envolvimento deste trabalho, uma vez que permite encaminhar-nos na direção que assumimos como a mais relevante para o contexto do estudo. Posto isto, é importante perceber a alteração conceptual e os principais motivos que justificam a alteração na conceção da vivência das pessoas com doença crónica *versus* a vivência das pessoas com um conjunto de condições que integram uma perspetiva de cronicidade. Nesse seguimento, encontramos referências ao período temporal de existência das condições que implicam necessidades de cuidados de saúde, em que a duração mínima foi considerada de seis a doze meses. Identificamos, ainda, duas características definidoras: a prevalência elevada da condição de saúde ou a imposição de um acréscimo da intensidade dos cuidados de saúde requeridos (Department of Health and Human Services, 2013; Wallace & Salive, 2013). Outra perspetiva, em consideração, é a prevalência de complicações na saúde vivenciadas pelas pessoas, bem como, outros eventos com relação ou não à doença primária, incluindo quedas, alterações cognitivas, anemia, desnutrição, regimes medicamentosos complexos e extensos, distúrbios do sono, disfunção sexual, entre outros (Wallace & Salive, 2013).

Nesta evolução de conceitos somos encaminhados para a descrição de doente crónico que, no âmbito deste estudo, interpretamos como pessoa com condição crónica. Este conceito foi evoluindo consideravelmente como a pessoa com doenças crónicas variadas, com impacto na autonomia, na capacidade e refletindo a fragilidade clínica. Esta evolução de conceito provocou que a ênfase dado à doença primária fosse cada vez menor, tendo em consideração, a influência das comorbilidades, a limitação na autonomia e a multimorbilidade (Melguizo, 2011). Esta última representa mesmo um problema comum a todos os Sistemas de Saúde no mundo (Palmer, 2016) e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se como a coexistência de duas, ou mais, condições crónicas no mesmo indivíduo (WHO, 2016). Esta condição crónica tem impacto em todo o sistema de suporte da pessoa, tanto no consumo de recursos de saúde, como na própria sustentabilidade do sistema social e de saúde (Melguizo, 2011). Em complemento, muitas das doenças crónicas podem ser complexas de diagnosticar, levando a que essa identificação seja tardia e, em muitas situações, decorre da apresentação de sintomas agudos ou de agudização (Deyo

et al., 2015). Por esta via, a doença/condição crónica impõe o adotar de um regime terapêutico complexo, que pode desencadear o início da transição saúde-doença (Bastos, 2015).

## 1.2. O autocuidado e a transição saúde-doença

A conceção teórica é a base de todas as ações projetadas e planeadas pelos enfermeiros, uma vez que engloba a perspetiva da enfermagem sobre determinado tema. Por esse facto, as teorias de enfermagem tendem a funcionar como pilares orientadores para os cuidados, pela capacidade de permitirem aos *“enfermeiros levantarem as questões certas, acerca dos problemas dos doentes, o que se espera poder conduzir a uma boa tomada de decisão clínica e uma prestação de cuidados segura”* (Amaral & Ferreira, 2014, p. 61). Em particular, a Teoria das Transições de Afaf Meleis pretende descrever a natureza das transições e os seus padrões normais de respostas para explicar as relações entre as transições e a saúde e, também, para fornecer orientações para melhorar a perceção de bem-estar (Meleis, 2012). Assim sendo, esta teoria é um dos pilares conceptuais deste estudo. Por outro lado, mas não obstante, a teoria do autocuidado de Orem é também central neste estudo, devido ao pressuposto definido na definição de autocuidado, que representa todas as atividades realizadas pela pessoa para manter a funcionalidade e atingir o bem-estar pessoal (Orem, 1993). No mesmo alinhamento, o ICN (2019) define o autocuidado como *“Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”*. Nesse contexto, existe uma estreita relação entre o conceito de autocuidado e a autogestão de uma condição crónica, sendo esta considerada como um requisito para o autocuidado nas situações de desvio da saúde.

## 1.3. Autogestão: requisito de autocuidado

O conceito de autogestão, definido pelo ICN (2019) como uma *“atividade executada pelo próprio”*, é apresentado na literatura como um *“processo dinâmico e contínuo de*

*autorregulação, que é inerente ao autocuidado, numa condição de saúde crónica”* (Padilha, 2013, p. 51). Sendo um processo contínuo de desenvolvimento de competências, que resultam da aprendizagem e treino como garantia da satisfação das necessidades da pessoa face a uma condição de saúde crónica (Padilha, 2013). No contexto deste estudo, assumimos que a autogestão do regime terapêutico representa atividades de autocuidado executadas pela pessoa, de acordo com as suas condições pessoais e contextuais, que podem induzir um desvio de saúde, culminando em desafios à transição saudável (Bastos, 2015). A centralidade da autogestão relaciona-se com a necessidade de as pessoas com condição crónica terem como incumbência diária incorporar novas práticas que a sua condição de saúde exige (Zhang et al., 2019; Bastos, 2015). A autogestão de uma condição crónica impõe múltiplas atividades diárias às pessoas, nomeadamente: integrar um regime medicamentoso; incluir alterações aos seus estilos de vida e comportamentos; integrar um regime dietético; incluir um regime de exercício; e conseguir incitar mudanças psicológicas, familiares e sociais, o que acrescenta dificuldade ao processo (Thombs, 2017). A autogestão é influenciada pela forma como a pessoa vivência a sua transição saúde/doença, sendo considerada o verdadeiro estímulo à ação da enfermagem (Bastos, 2015)

De facto, são conhecidas as vantagens pessoais e para o sistema de saúde, caso o processo de autogestão seja efetivo. Para as pessoas, permite a preservação da autonomia, bem como o controlo da condição de saúde, com os múltiplos benefícios que acarreta, como uma menor incidência de complicações. Por outro lado, os sistemas de saúde despendem um menor número de recursos humanos, materiais e económicos (Zhang et al., 2019). A literatura sobre a eficácia dos programas e intervenções de autogestão de condições crónicas apresentam resultados interessantes: controlo da fadiga; controlo da dor; redução dos custos com a saúde; maior integração dos regimes medicamentosos, dietéticos e de exercício; maximização da utilização dos serviços de saúde; e melhores resultados na qualidade de vida descrita pelas pessoas (Cheng et al., 2016).

### **1.3.1. Autogestão do regime de exercício**

Assumido como objeto de estudo a autogestão do regime de exercício, algumas considerações são relevantes. Na perspetiva de integrar o tema e a sua magnitude na vivência de transições pelas pessoas, iniciámos a descrição pelo fundo jurídico que impõe na própria Constituição Da República Portuguesa (2005), através do artigo 64.º - Saúde na alínea b) do ponto 2, quando apresenta o direito à proteção da saúde através da *“criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a*

*proteção (...) da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável”.*

No que concerne à dimensão do regime de exercício, impõe uma reflexão sucinta, mas clarificadora dos conceitos envolventes. Cumpre-nos em primeiro lugar descrever um binómio habitual na literatura que em múltiplas situações demonstra equivalência de conceitos: a atividade física e o exercício. A atividade física apresenta-se descrita por alguns autores como representando qualquer movimento musculoesquelético que provoque um gasto energético. Por sua vez, o exercício implica algo mais consistente, estruturado, planeado e intencional destinado a melhorar ou manter a aptidão física (cardiovascular, resistência, flexibilidade) (Dasso, 2018; McNeely, 2010; Paul et al., 2003). Os mesmos autores corroboram que o exercício tem determinadas propriedades, entre elas: frequência; intensidade; duração e tipo; os locais específicos de realização; e a progressão do plano. Assumimos assim, que o exercício e atividade física não são sinónimos, mas ao invés disso, o exercício físico é uma subcategoria da atividade física (Dasso, 2018; Paul et al., 2003). O resultado da análise descrita por Dasso (2018), apresenta a distinção entre atividade física e exercício. Para além disso, concretiza dimensões relevantes ao exercício: os antecedentes de exercício, a capacidade física para o exercício, as condições físicas para a realização do exercício e a motivação da pessoa.

Descrita a diferenciação entre dois conceitos impactantes neste estudo, evoluímos na compreensão da importância do exercício e do regime de exercício na condição de saúde crónica da pessoa. Assim, apoiamo-nos na descrição de Salami (2011), que apresenta um resumo dos principais benefícios integrados pelos regimes de exercício em pessoas com condição crónica, nomeadamente, através da: melhoria da capacidade cardiovascular; controlo do peso corporal; diminuição do risco de doença coronária; controlo metabólico; controlo da pressão arterial; redução da morbilidade e mortalidade; e promoção da qualidade de vida. Dessa forma, é reconhecida a importância que os exercícios têm no controlo e prevenção das doenças crónicas (Bullard et al., 2019). Incluímos, ainda, a descrição de Boas et al. (2019, p. 88), quando refere que a primeira linha de tratamento em pessoas com diabetes Mellitus é a adequação da *“terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercício físico”*. Esse mesmo autor reconhece que apesar disso, a integração desses regimes *“é, de modo geral, insatisfatória para o adequado manejo da doença, constituindo-se um desafio para os profissionais de saúde”* (Boas et al., 2019, p. 89).

Após integrar a informação anterior, assumimos que estes terão impacto na formalização da análise que nos propomos fazer ao longo deste estudo. Assim, o regime de exercício é reconhecido com um plano de tratamento estruturado com um objetivo terapêutico, que pode ser refletido em duas possibilidades convergentes, a utilização de uma terapia por exercício nas pessoas com condições crónicas, sendo que essa é controlada, supervisionada

e prescrita pelos profissionais. Em contraponto, a autogestão do regime de exercício, em que o foco dos profissionais de saúde é capacitar a pessoa com condição crónica para que esta integre no seu quotidiano atividades estruturadas, planeadas e acordadas com a pessoa, sendo reflexo de uma atividade realizada pelo próprio. A intencionalidade terapêutica deste regime é centrada na melhoria dos processos corporais e na promoção do bem-estar.

#### 1.4. A ação profissional de enfermagem na autogestão do regime de exercício

Face ao que foi exposto anteriormente, atingimos o momento em que é fulcral identificar a centralidade do domínio da autogestão do regime de exercício para a disciplina de enfermagem. Nesse sentido, reportamos a título de exemplo a referência de Hoffman & Brintnall (2017), quando apresenta informações descritas pelo *National Cancer Institute*, dos Estados Unidos da América (EUA), que impõe elevada prioridade na construção de intervenções efetivas que melhorem a aceitação e implementação do regime de exercício em pessoas que vivenciam condições de saúde crónicas.

Na medida em que o regime terapêutico engloba o regime medicamentoso, o regime de exercício e o regime dietético e, considerando que a dose, a frequência e a intensidade correta de cada um dos constituintes do regime depende muito mais da pessoa do que da recomendação do profissional ou de uma *guideline*, é fundamental que os enfermeiros sejam proativos ao indagar a presença de necessidades de intervenção nas respostas humanas aos desafios, uma vez que *“a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação”* (Silva, 2006, p.14). Reconhecendo que as pessoas com condição de saúde crónica são desafiadas a integrar novas atividades no seu autocuidado, devendo ser capazes de desenvolver competências de autogestão, é essencial representar a ação profissional da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento. A intervenção dos enfermeiros determina-se como facilitadora no processo de adaptação ao providenciar suporte à capacidade de autocuidado. Neste sentido, realça-se o papel primordial de orientação, capacitação e suporte na gestão da condição e do regime terapêutico (Oliveira, 2015).

Em consequência disso, a Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade que regula a profissão, estabeleceu as competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, de acordo com uma nova reorganização relativa a quatro diferentes áreas específicas. Na especificidade da área da enfermagem à pessoa em situação crónica, foi

publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018, a descrição através do artigo 6.º, que determina como competência específica - cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, bem como a competência de maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa. No mesmo documento, os cuidados de enfermagem especializados nesta área de especialidade são descritos como:

*“cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19368).

Face ao exposto, consideramos que as intervenções que visam a prevenção têm a mesma relevância das intervenções de gestão dos processos de doença já instalados (Wallace & Salive, 2013). Em contraponto, segundo Melguizo (2011), quando já se encontra presente uma condição de saúde crónica é reconhecida a necessidade de uma resposta diferenciada. Defende, ainda, uma reorganização do modelo contemporâneo de cuidados, caracterizado por contactos episódicos e com foco nos processos de doença ou em situações de agudização. O mesmo autor propõe uma redefinição das ações dos profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, sendo a foco transferido para: o diagnóstico integral dos problemas da pessoa, quer clínicos, sociais e familiares; intervenções preventivas e de reabilitação para evitar a progressão; centrar os cuidados na pessoa e família; e incluir uma coordenação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados saúde. Dessa forma, os enfermeiros precisam de alterar a estrutura de intervenção tradicional para um paradigma que inclua a capacitação para as habilidades para gerir o regime, capacidade de resolução de problemas, definição de objetivos e metas, definição e estruturação do planeamento do regime, bem como no suporte nas mudanças comportamentais (Lorig, 2003). Apesar disto, a gestão de exacerbações de doença não pode ser negligenciada, devem ser desenvolvidos esforços para dar resposta às necessidades das pessoas (Melguizo, 2011).

As condições de saúde crónicas, apresentam um conjunto de sinais, sintomas e manifestações clínicas que foram objetivadas por Wallace & Salive (2013), entendendo-se que sinais são as alterações visualmente observáveis pela pessoa e sintomas são as perceções da doença relatadas, p. e.: dor; fadiga; alterações de humor; perda de apetite. Por sua via, as manifestações são compreendidas como agregados de sinais, sintomas e outros fenómenos clínicos que refletem a doença crónica presente. Neste caso, não existe uma causa clínica tratável o que tem implicações nas necessidades de cuidados e no sofrimento vivenciado pela pessoa.

Por sua via, o regime de exercício é identificado como o elemento da tríade do regime terapêutico como aquele em que as pessoas apresentam menores índices de atividades de autogestão (Nava-Bringas et al., 2016). Para além disso, o mesmo autor, apresenta uma significativa redução das atividades do regime de exercício quando realizadas no domicílio.

Esta situação tem relação com a ausência de supervisão, a ausência do efeito do grupo no exercício, bem como a ausência de suporte por grupos de pares ou profissionais de saúde.

O desenvolvimento da enfermagem no domínio da autogestão, e especificamente da autogestão do regime de exercício, é essencial na formalização de conhecimento, assim como na integração no exercício profissional dos enfermeiros, sendo que a formalização de conhecimento disciplinar implica que a enfermagem prossiga com a afirmação da identidade, no contexto das profissões de saúde, desenvolvendo o conjunto de conhecimentos necessários ao exercício da profissão (Sousa, 2006). Por outro lado, a integração do conhecimento na vertente clínica é representada através do processo de enfermagem que descreve o processo de tomada de decisão clínica do enfermeiro. Em consonância com o paradigma descrito anteriormente, é relevante entender que a centralidade da enfermagem se encontra na capacidade de o enfermeiro interagir com a pessoa alvo dos cuidados e essa interação contempla a avaliação das necessidades da pessoa, a decisão clínica sob a forma de enunciação de diagnósticos e o planeamento de intervenções para alterar as respostas adaptativas ineficazes (Silva, 2006). O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) é clarificador, através do ponto 3 do artigo 5º - Caracterização dos Cuidados de Enfermagem, quando apresenta a metodologia de prestação de cuidados em que descreve a identificação de problemas de saúde e de enfermagem da pessoa; a averiguação e análise dos dados sobre cada problema ou necessidade; a construção do enunciado diagnóstico de enfermagem; a construção e planeamento das intervenções de enfermagem; a implementação das intervenções de enfermagem; e, por último, a reavaliação e reformulação do processo de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Assim, o processo de tomada de decisão em enfermagem é reconhecido como a ferramenta que assume a dimensão autónoma do exercício da profissão do enfermeiro, incluindo uma clara relevância sobre como os enfermeiros intervêm em relação ao que conhecem, tal como, sobre o que lhe precede, isto é, a decisão sobre o que fazer (Silva, 2011; NANDA, 2015; Gonçalves et al., 2018).

### **1.5. Sistemas de informação em enfermagem**

Os sistemas de informação (SI) em saúde são essenciais no atual contexto clínico dos múltiplos atores da prestação de cuidados, onde se incluem os enfermeiros. Os SI são reconhecidos como estruturas sólidas, que reúnem, guardam, processam e facultam a informação relevante, proporcionando de forma acessível e útil a informação àqueles que

dela necessitam (Mendes, 2013; Sousa, 2006). Para além de constituírem ferramentas essenciais à continuidade dos cuidados às pessoas, os SI funcionam como repositórios de informação passíveis de serem utilizados como matéria-prima na formalização do conhecimento de enfermagem (Pereira, 2009). Neste contexto, os SI permitem, entre outros aspetos, melhorar a prática clínica, adequar os cuidados de saúde, bem como melhorar a eficiência das organizações de saúde (Ammenwerth, 2004; Nogueira, 2013). Os SI em saúde, neste caso particular em enfermagem, recebem influências de múltiplos fatores, um essencial é a linguagem utilizada (Pereira, 2009). Em Portugal, os SI eletrónicos em uso, utilizam a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que é uma terminologia apropriada para a documentação do processo de tomada de decisão. A utilização dessa linguagem classificada é suportada pelo seu estatuto de terminologia formal, dinâmica e em constante evolução, normalizada pelas diretivas internacionais para as terminologias e claramente disseminada na prática clínica dos enfermeiros (Cruz et al., 2016).

A limitação reconhecida face à utilização de uma terminologia classificada e universal, prende-se com a formalização do conhecimento e da sua representação. É necessário um esforço genérico, no sentido de desenvolver estruturas que permitam a construção de enunciados clínicos - diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem - com formatos de especificação técnica que representem a equivalência semântica da informação (Sousa, 2012). Por isso, a investigação no âmbito da disciplina, através dos percursos de desenvolvimento do conhecimento, potencia a necessidade de criação de soluções capazes de promover a disponibilização da informação relevante à atividade clínica (Sousa, 2012).

No seguimento deste pretexto, e conscientes da necessidade de formalizar o conhecimento de enfermagem também neste domínio particular da autogestão do regime de exercício, releva visitar e mapear os conceitos envolvidos nas diferentes dimensões definidas como objeto de estudo, por forma a finalizar com a apresentação de uma proposta que interligue a formalização de conhecimento baseado nos conteúdos da literatura científica e a disponibilização de conteúdos clínicos através de um sistema de informação.

#### **1.5.1. Modelo clínico de dados**

O projeto NursingOntos - Ontologia de Enfermagem, da ESEP, abriu caminho à concretização da conexão perfeita entre a formalização de conhecimento científico e a disponibilização dos conteúdos clínicos nos sistemas de informação através de uma ontologia em

enfermagem, passível de ser integrada nos diferentes SI pela sua capacidade de processamento de informação interoperável do ponto de vista semântico (Bastos, 2015). Dessa forma, enquadrámos o quarto objetivo deste estudo que inclui a efetivação de uma proposta de MCD. Salienta-se que estudos anteriores, desenvolvidos no âmbito do mesmo projeto NursingOntos, tiveram propósitos semelhantes (Goncalves, 2017; Cruz et al., 2016; Oliveira, 2015). Em primeiro lugar, cumpre-nos descrever ao que corresponde um MCD, também reconhecido como arquétipo. Assim, um MCD visa representar uma dimensão do conhecimento clínico com um controlo estruturado da arquitetura e do conteúdo de um conceito clinicamente relevante (Beale, 2007). O primordial objetivo de um MCD é refletir um conjunto de dados máximos que permitam a definição ou interpretação de um determinado conceito clínico, possibilitando a segurança do significado. O MCD é independente do contexto da sua utilização, restringindo e combinando as entidades do modelo de referência. Estes, impõem, ainda, a definição das informações expressas, os dados obrigatórios, os conjuntos de valores, bem como outras regras essenciais para a interpretação dos dados. Dessa forma, considera-se que com este tipo de arquitetura do SI é possível a um especialista clínico modelar os dados, adaptados aos seus contextos de atividade, não dominando aspetos técnicos do *software* (Abreu & Sousa, 2015). Os MCD originam os dados que integram os conceitos e utilizam as ontologias, que criam a ligação entre estes, o software e a informação disponibilizada (Beale, 2002; Moner et al., 2012).

A mescla de dados, diagnóstico e intervenções no SI que habitualmente representam a mesma informação clínica, dificultam a gestão da informação e a produção de indicadores, resultado dos problemas semânticos que determinam as dificuldades de interoperabilidade. Nesse contexto, os MCD são essenciais na harmonização da documentação e da sua correspondência semântica, por serem desenvolvidos baseados em arquétipos (Cruz et al., 2016; Wollersheim, 2009; Garde et al., 2009). Nesta perspetiva, concordamos que os MCD, ao descreverem os dados, os diagnósticos, as intervenções e os resultados adequados às principais áreas de atenção da enfermagem, permitem colmatar uma necessidade prática no desenvolvimento e construção de SI (Mendes, 2013). Dessa forma, o processo de tomada de decisão em enfermagem, demonstra a centralidade na relação entre os dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Sendo assim, os MCD que integram essa informação de forma estruturada e relacional, possibilitam uma inclusão semântica e técnica do conhecimento da disciplina.

Face ao exposto, é pertinente evoluir para a construção de MCD centrado neste domínio da autogestão do regime terapêutico, sendo que no caso concreto deste estudo, balizamos à componente do regime de exercício na perspetiva das situações em que existe um desvio de saúde provocado por uma condição de saúde crónica. Decorrente do contexto em que se inscreve este trabalho, pretendemos contribuir para a proposta de um MCD que represente o domínio da autogestão do regime de exercício, dando resposta ao quarto e último objetivo deste estudo.



## CAPÍTULO 2: METODOLOGIA

A integração deste capítulo serve para elencar as opções tomadas na escolha metodológica da estrutura deste percurso de investigação, de forma a concretizar as respostas à finalidade do estudo e aos objetivos definidos.

### 2.1. Finalidade do estudo

No momento da projeção deste estudo, refletimos sobre os desenvolvimentos do projeto da ESEP, intitulado NursingOntos - Ontologia de Enfermagem, tendo sido consensualizada a relevância e necessidade, para a disciplina de enfermagem, da reflexão sobre o domínio da autogestão do regime terapêutico, enquanto uma área de atenção autónoma dos enfermeiros. Releva conhecer os dados, os diagnósticos e as intervenções em enfermagem descritos na literatura, nesta área, bem como a forma de integrar essa informação na prática clínica, através dos sistemas de informação em saúde.

A ação dos enfermeiros neste domínio é uma realidade que transcende diferentes dimensões. No contexto deste estudo, optamos por restringir a autogestão à componente do regime de exercício em pessoas que apresentam condições de saúde crónicas, em que existe um objetivo terapêutico na recomendação desse regime. No final deste estudo, pretendemos contribuir com uma proposta de MCD, centrado na problemática da autogestão do regime de exercício, que resulte da agregação do conhecimento disciplinar da enfermagem.

Nesse sentido, pretendemos com este estudo mapear os conceitos disponíveis na literatura sobre este domínio, sendo a finalidade da investigação: Desenvolver um Modelo clínico de dados centrado na problemática da autogestão do regime de exercício, contribuindo para o suporte à decisão do enfermeiro e tendo como horizonte a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

## 2.2. Objetivos do estudo

Norteados pela finalidade da investigação e de forma a granular a informação que pretendemos obter, enumeramos um conjunto de objetivos específicos para o estudo:

- Identificar o conjunto de dados relevantes para caracterizar o padrão de exercício e o regime de exercício;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício;
- Identificar as intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício;
- Definir um MCD - conjunto de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem - relativo ao domínio da autogestão do regime de exercício.

## 2.3. Desenho do estudo

Para dar resposta aos objetivos e à finalidade do estudo, a opção metodológica selecionada foi a *Scoping Review* (SR), pela possibilidade descrita por esta metodologia de mapear os conceitos e conteúdos relativos a uma área específica do conhecimento (Aromataris & Munn, 2020). Tal metodologia é reconhecida na literatura por mapear informação, identificar, caracterizar e resumir as evidências da pesquisa sobre um domínio, incluindo a identificação de limites conceituais de um conceito (Nyanhoka et al., 2019; Arksey & O'Malley, 2005). Tricco et al. (2016), numa SR, constatou que os três principais motivos para o desenvolvimento de uma SR são explorar a extensão da literatura sobre um conceito, mapear e resumir as evidências sobre um conceito e recolher informação para sustentar pesquisas futuras. No âmbito deste estudo, optamos por um SR, em consequência do objetivo ser mapear os conceitos no domínio da autogestão do regime de exercício, para concretizar uma proposta de MCD. A construção desta investigação suportou-se no “JBI Manual for Evidence Synthesis” (Aromataris & Munn, 2020), onde são definidas as linhas orientadoras relativas ao desenvolvimento de uma SR.

Uma vez definida a finalidade e os objetivos do estudo, seguimos para a apresentação mais concreta das diferentes etapas que integram a metodologia definida, nomeadamente: a definição dos critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa e a extração dos dados.

### 2.3.1. Critérios de inclusão

Considerando a finalidade e os objetivos da revisão, definiram-se os critérios de inclusão e de exclusão a aplicar na seleção dos estudos, sendo que estes critérios orientam o investigador na decisão acerca dos estudos a ser incluídos na SR (Aromataris & Munn, 2020). Salienta-se que os critérios de inclusão dos artigos definidos têm em consideração a normativa “PCC - *participants, concept e contexto*”, definida por Aromataris e Munn (2020). No que diz respeito aos participantes, esta revisão considerará os estudos desenvolvidos por ou com enfermeiros em pessoas adultas e com doença crónica. Os estudos desenvolvidos por outros profissionais de saúde, em que não haja enfermeiros envolvidos, serão excluídos. Também serão excluídos estudos desenvolvidos em crianças ou adolescentes; em adultos que apresentem alterações cognitivas e estudos cujo alvo da intervenção não seja a pessoa com condição crónica (p. e.: cuidador). Quanto ao conceito, serão incluídos os estudos que refiram dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício. Estudos centrados em outros domínios do regime terapêutico e que não refiram o regime de exercício serão excluídos. Quanto ao contexto definiu-se como critério de inclusão qualquer contexto de estudo, reconhecidos como domiciliário, unidade de saúde ou esquemas mistos, em que o objetivo é obter uma ação terapêutica sobre a autogestão da condição através de alteração ou incorporação de novos comportamentos. Relativamente ao tipo de estudos considerados para inclusão, e uma vez que se trata de uma SR, serão incluídos todos os tipos de estudos, independentemente se são investigações primárias ou secundárias, *guidelines*, estudos qualitativos ou quantitativos. Serão excluídos os resumos de conferências e pósteres. A Tabela 1 sintetiza a estratégia PCC, bem como os critérios de inclusão/exclusão da SR:

Tabela 1 - Critérios de inclusão

PCC	Inclusão	Exclusão
Participantes	Artigos que envolvam a ação profissional dos enfermeiros, em pessoas adultas com doença crónica.	Artigos que envolvam crianças e adolescentes; outros profissionais que não enfermeiros; participantes com alterações cognitivas; artigos em que o alvo dos cuidados não é a pessoa com condição crónica, mas outro, por ex. Familiar Cuidador.

PCC	Inclusão	Exclusão
Conceito	Dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da Autogestão do regime de exercício	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
Contexto	Em qualquer contexto, em que o objetivo seja obter através do comportamento da própria pessoa, uma ação terapêutica sobre uma condição de saúde crónica	
Fontes de evidência	Todos os artigos disponíveis nas bases de dados, sem limite temporal	Resumos e outros tipos de publicação (Ex: apresentação e poster)

Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos é chegada a hora de definir a estratégia de pesquisa e todos os requisitos necessários à sua concretização.

### 2.3.2. Estratégia de pesquisa

Seguindo as orientações da JBI identificou-se a estratégia de pesquisa da literatura, que compreendeu a identificação dos termos de pesquisa, a construção da frase booleana e a seleção das bases de dados.

Optámos por delimitar a pesquisa nas bases de dados e agregadores de bases de dados, que apresentamos mais a frente neste estudo. Para isso, foi necessário construir a frase booleana, que serviu de base à pesquisa realizada. Nesse contexto, para a sua formulação, recorreremos a descritores *MeSH* (*Medical Subject Headings*) que estão explanados no *MeSH Browser* (2022). Os descritores *MeSH* que utilizamos foram: “Self-Management”, incluído na descrição do mesmo, com e sem recurso à utilização do *ifem* a agregar os termos, na tentativa de minorar as perdas de conteúdo. Incluímos, ainda o termo “Adherence” devido à ampla utilização deste conceito pela comunidade científica e na convicção que aumentaria a profundidade e abrangência da pesquisa. Uma vez que o conceito em estudo diz respeito à componente do regime terapêutico - regime de exercício, utilizamos ainda o *Mesh Term* “Exercise”, bem como um dos termos de inscrição deste, a “physical activity”. Por fim, e de forma a cumprir o propósito desta investigação restringimos a pesquisa para a disciplina de Enfermagem. Com o intuito de abranger o máximo de resultados possíveis, recorreremos à descrição “Nurs\*”. Para a formulação da frase booleana recorreremos também à conjugação dos limitadores “AND” e “OR”. Desta forma, alcançamos a frase booleana que nos permitiu desenvolver esta investigação, estando disponível na Figura 1.

**AB ("self management" OR self-management OR adherence) AND TI ("physical activity" OR exercise) AND AB nurs\***

Perante o desafio de realizar uma SR recorreremos aos recursos disponibilizados pela ESEP na tentativa de mapear a evidência científica disponível para dar resposta aos objetivos do estudo. Ao longo da pesquisa, recorreremos a distintos vetores independentes de pesquisa, entre eles: o agregador de bases de dados EBSCOHost Web nas bases de dados “CINAHL with Full Text”, “MEDLINE with Full Text”, “SPORTDiscus with Full Text” e “MedicLatina” de forma autónoma. Não obstante, aos resultados obtidos nas bases de dados descritas, e com o intuito de alargar a pesquisa, garantindo uma maior possibilidade de identificar mais artigos relevantes, apresentamos a frase booleana criada em outras duas bases de dados, sendo elas a “Web of Science” e a “Scopus”. Na busca da mais abrangente literatura científica disponível, a pesquisa decorreu em dois momentos, em **junho de 2020** e em **abril de 2022**. Esta estratégia justificou-se pelo facto deste estudo se prolongar num período temporal entre o ano de 2019 e o ano de 2022, o que justificou a sua atualização. Nesse sentido, perspetivamos a necessidade de voltar a realizar a mesma pesquisa em 2022, de forma a incluir na investigação todos os artigos disponíveis nas bases de dados consultadas sem limite temporal até ao mês de abril de 2022. Como já referido, não foram aplicados limitadores temporais, bem como limitadores de idioma, na pesquisa efetuada. Na Tabela 2 são apresentados os resultados totais da busca nas bases de dados:

Tabela 2 - Resultados da pesquisa

Data de pesquisa	Agregador	Base de dados	Resultados
1º momento - junho de 2020	Ebscohost	CINAHL with Full Text MEDLINE with Full Text SPORTDiscus with Full Text Mediclatina	617
		Scopus	147
		Web of Science	168
		<b>Total junho de 2020</b>	<b>932</b>
2º momento - abril de 2022	Ebscohost	CINAHL with Full Text MEDLINE with Full Text SPORTDiscus with Full Text Mediclatina	42
		Scopus	48
		Web of Science	40
		<b>Total abril de 2022</b>	<b>130</b>

Após a realização da pesquisa, obtiveram-se 1062 artigos, sendo que estes resultados foram exportados e geridos com recurso ao aplicativo *Endnote X9* como gestor de referências bibliográficas. Este aplicativo possibilitou a identificação dos artigos que se encontravam duplicados, mais especificamente 437 artigos. Após a remoção dos duplicados obteve-se um total de 625 artigos.

## 2.4. Seleção de estudos

Após a obtenção do conjunto de artigos devolvidos pelas bases de dados através da frase booleana construída, iniciamos a análise dos artigos com recurso à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Primeiro esta análise centrou-se no título, seguindo-se o resumo do artigo, justificamos esse facto pelo volume de resultados obtidos o que nos induziu que essa estratégia metodológica poderia ser mais efetiva e célere. Após a análise do título dos artigos foram excluídos 318 artigos, por não integrarem os critérios de inclusão. A análise do resumo, proporcionou a exclusão de 181 artigos por não integrarem os critérios de inclusão. Assim, após esta seleção, 126 artigos cumpriam os critérios de elegibilidade para leitura integral. O Anexo I - Fontes excluídas após a revisão do título e resumo, disponibiliza os códigos internos criados, a referência bibliográfica e o momento de exclusão dos artigos, através da revisão do título e do resumo. Salienta-se que nesta fase inicial os critérios de inclusão/exclusão foram aplicados independentemente por cada um dos investigadores. De seguida, foi utilizada a técnica de consenso entre os três investigadores para resolver as divergências. Obteve-se da agregação dos resultados individuais um consenso médio de 87%. Após a revisão conjunta das inconformidades, obteve-se um consenso em 100% das decisões alcançadas quanto à inclusão ou exclusão dos artigos. De referir que, perante situações que suscitavam dúvidas face à aplicação dos critérios de inclusão nesta etapa, optou-se por não excluir o estudo, procedendo à leitura integral do mesmo.

Após a concretização desta fase, partimos para a leitura e análise do texto integral dos artigos elegíveis para a SR. Dessa terceira análise mais completa do conteúdo integral do artigo, incluímos 63 artigos, que compõem o *corpus* de análise deste estudo. Em sentido contrário, a leitura integral dos artigos e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, permitiu excluir 63 artigos. No Anexo II - Fontes excluídas após a revisão do texto integral, explicitamos os motivos de exclusão por artigo.

Identificado o *corpus* de análise do estudo é relevante descrever os estudos incluídos relativamente a algumas características. No O Anexo III - Caracterização dos estudos incluídos no *corpus* de análise são apresentadas informações que contextualizam os artigos que compõem o estudo. Esta descrição permite inferir de forma sintética uma descrição objetiva dos artigos incluídos. A cada uma das colunas descritas na tabela em anexo foram incluídas informações sobre o código interno, autores, ano de publicação, título, país de origem, contexto do regime de exercício, objetivos, tamanho da amostra e características dos participantes.

De forma a resumir todo o processo de seleção que compõe a SR, apresentamos o fluxograma PRISMA, disponibilizado através do Anexo IV - Fluxograma Prisma\_ScR, que detalha o fluxo da pesquisa e permite uma descrição visual de todo o processo, desde a identificação das fontes até à definição dos artigos incluídos na mesma e que constituem o *corpus* de análise do estudo.

## 2.5. Análise de Conteúdo

Este trabalho tem uma natureza qualitativa, tendo sido efetuada análise de conteúdo de acordo com Bardin (2009), e pese embora, tenha sido efetuada alguma quantificação relativa às subcategorias, não foi efetuada uma verdadeira análise de frequências.

Após uma leitura fluente de cada um dos 63 artigos selecionados, constituiu-se o Corpus de análise com base na exaustividade, representatividade e pertinência, de acordo com os objetivos do estudo. De seguida, numa leitura mais dirigida, foram selecionadas Unidades de Registo (UR), de acordo com o seu conteúdo semântico (significados) e, em alguns casos, considerando também o seu conteúdo sintático (por exemplo: Diagnósticos: Foco+ Juízo). As unidades de registo foram constituídas por fragmentos do texto que, em alguns casos, precisaram de contextualização para o conteúdo ser perceptível.

As categorias foram organizadas em temas definidos à Priori - Dados/ Diagnósticos/ Intervenções. A denominação das categorias foi influenciada pelo modelo semântico utilizado na NursingOntos. A interpretação dos dados foi feita através de inferências, procurando uma descrição do modo como as categorias se relacionam entre si, tendo em conta os objetivos do estudo.

Como ferramenta de gestão da informação recolhida foi utilizada a aplicação Excel, através de tabelas construídas pelos três investigadores. A extração baseou-se em três documentos uma por cada tema: uma tabela referente aos dados, uma referente aos diagnósticos e uma referente às intervenções. No Anexo V - Tabelas de extração da informação são apresentados os cabeçalhos das tabelas de extração das UR's. A utilização desta metodologia de extração e criação de repositório das UR permitiu uma fácil e ágil descrição das UR, que sustentam a categorização e agregação realizada ao longo da análise dos conteúdos dos artigos incluídos no estudo. Disponibilizamos todas as UR's que sustentam as categorizações realizadas e a exposição de informação que faremos ao longo do estudo, com recurso aos anexos: Anexo VI - Unidades de registo por categoria - "dados"; Anexo VII - Unidades de registo por categoria - "diagnósticos" e Anexo VIII - Unidades de registo por categoria - "intervenções".



## CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos incluídos foram extraídas as UR que permitem sustentar as inferências realizadas nas diferentes dimensões do estudo. A extração das mesmas foi norteadas pelos objetivos centrais deste estudo, sendo eles: identificar o conjunto de dados relevantes para categorizar o padrão de exercício e o regime de exercício e identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício. A análise dessas UR será fundamental para, no final deste trabalho, propôr um MCD passível de integrar num SI, que reflita a evidência existente no domínio da autogestão do regime de exercício.

Aqui chegados, e após alcançar o *corpus* de análise do estudo, descrevemos os resultados identificados através da pesquisa na literatura. Inicialmente, neste capítulo, apresentamos uma breve descrição dos estudos incluídos na SR, seguindo-se uma descrição reflexiva sobre as diferentes categorias de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem identificadas. Para além da informação referente a cada um dos itens descritos, serão relatadas algumas das características/propriedades dessa informação, com recurso a figuras que apoiam a descrição das categorias e respetivas subcategorias criadas.

### 3.1. Estudos incluídos

O *corpus* de análise deste estudo é constituído por 63 artigos de diferentes regiões do globo, mais especificamente, de 24 países diferentes. Quanto à distribuição nominal dos artigos descrevemos em seguida cada um dos países representados, sendo eles: EUA (16), China (6), Reino Unido (4), Países Baixos (4), Austrália (3), Canadá (3), Colômbia (3), Coreia do Sul (3), Espanha (3), Dinamarca (2), Brasil (2), Noruega (2), Argentina (1), Bélgica (1), Chipre (1), Cuba (1), França (1), Índia (1), Irlanda (1), Itália (1), Jordânia (1), Malásia (1), Suécia (1), Taiwan (1). Como descrito no método, não utilizamos limitadores temporais na pesquisa nas bases de dados, o que envolveu uma grande dispersão de resultados no tempo, tendo sido incluídos artigos cuja publicação ocorreu entre o ano de 2002 e o ano de 2022. Mais de metade dos artigos incluídos (32), foram publicados nos últimos cinco anos, desde 2017. No que concerne ao tipo de estudos, a revisão integra estudos com metodologias quantitativas

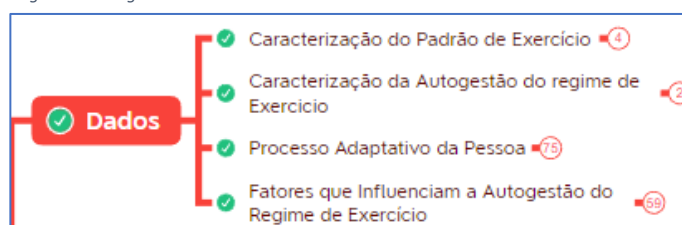
e qualitativas, bem como revisões sistemáticas e metaanálises. Consideramos relevante referir que os estudos incluídos incidiam sobre diferentes doenças que propiciam a condição crónica das pessoas, nomeadamente: artigos centrados em pessoas com diabetes (12), doença cardíaca (13), doença oncológica (14), doença respiratória (5), entre outras menos prevalentes. Por último, refletimos sobre o contexto do regime de exercício descrito nos artigos, sendo consideradas três categorias: regimes de exercício realizados no domicílio (11), em unidades de saúde (20) e em esquemas mistos (9), que implicam atividades no domicílio e atividades supervisionadas em unidades de saúde.

Após esta descrição de algumas das características dos estudos incluídos, evoluímos na apresentação dos resultados, tendo por base os objetivos do estudo. Assim, iniciamos pelos dados relevantes para a tomada de decisão clínica e evoluiremos para os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Neste capítulo, excecionalmente, existirá referência não ao autor do estudo, mas ao código interno do estudo.

### 3.2. Dados relevantes para a decisão clínica dos enfermeiros

Os dados, enquanto informação que é procurada pelos enfermeiros na identificação de necessidades das pessoas, são fundamentais para o processo de tomada de decisão. Tendo como base a premissa anteriormente descrita, pesquisamos a informação disponível nos artigos incluídos no estudo que nos remetessem para os dados que os enfermeiros usam para ajuizar as necessidades de cuidados das pessoas com condições crónicas. Os dados pesquisados estavam centrados no domínio da autogestão do regime de exercício. Da extração das UR e da sua análise, resultou a agregação da informação e a subsequente categorização que permitiram identificar quatro categorias de dados de enfermagem: dados de caracterização do padrão de exercício; dados de caracterização da autogestão do regime de exercício; dados relativos ao processo adaptativo da pessoa que influenciam a autogestão do regime de exercício; e dados relativos aos fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício, tal como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Categorias dos dados



### 3.2.1. Dados de caracterização do padrão de exercício

Os dados de caracterização do padrão de exercício permitem determinar o padrão habitual de exercício da pessoa com condição crônica e perceber em que medida este é, ou não, sobreponível com o nível de exercício desejável face às necessidades terapêuticas. Nesta categoria englobam-se aspetos relativos ao **tipo, duração, frequência e intensidade do exercício** (A\_2; A\_6; A\_7; A\_13; A\_100; A\_22; A\_53; A\_115; A\_128; A\_94).

Quanto ao tipo de exercício, encontramos referências que nos permitem identificar três tipos principais, nomeadamente, o exercício **aeróbico**, promotor da **força muscular** e de **flexibilidade e alongamento**. Reconhecemos as **combinações** de exercícios que agrupam as três tipologias de exercícios anteriores, por último, os **programas de reabilitação**.

Especificamente abordando os tipos de exercício considerados aeróbicos, extraímos referências sobre diversas tipologias, entre elas: **Caminhada** (A\_5; A\_112; A\_103; A\_108; A\_28; A\_37; A\_42; A\_45; A\_55; A\_59; A\_74; A\_84; A\_61; A\_94; A\_98; A\_60; A\_128; A\_117); **Ciclismo** (A\_5; A\_8; A\_112; A\_108; A\_28; A\_74; A\_84; A\_94; A\_128; A\_118; A\_117); **Aulas Desportivas** (Musculação, Tai Chi, Yoga, Qigong, Pilates) (A\_2; A\_42; A\_45; A\_74; A\_128); **Exercício aquático** (Natação, Hidroginástica, Caminhada Aquática) (A\_28; A\_74; A\_60; A\_128; A\_117); **Dança** (A\_28; A\_79; A\_117); e **Outros Desportos** (Golfe, Bowling; Boxe) (A\_84; A\_128).

Quanto à **duração**, os estudos apontam para a estratégia de identificação, relacionada com o período temporal de exercício onde são salientados o mínimo de minutos e/ou horas por sessão de exercício (A\_102; A\_103; A\_108; A\_55; A\_59; A\_6; A\_123; A\_61; A\_8; A\_79; A\_94; A\_60; A\_118; A\_117; A\_42).

Relativamente à **frequência**, encontramos duas estratégias, entre elas, “*blocks per day*” (A\_84; A\_55; A\_84; A\_123; A\_108) e, a mais frequente, “*times per week*” (A\_102; A\_103; A\_108; A\_41; A\_6; A\_61; A\_79; A\_8; A\_94; A\_60; A\_118; A\_117; A\_42).

No que concerne à **intensidade**, adequada de acordo com os objetivos e a condição da pessoa, foi o aspeto com menor descrição na literatura, relativa à forma de avaliação ou identificação. Encontrámos referência à utilização de instrumentos para descrição da intensidade, como “*Paffenbarger Physical Activity Questionnaire*” (A\_84) e a Escala de Borg (A\_94; A\_41). Por outro lado, o autorrelato da pessoa relativo à intensidade do exercício, foi a referência mais frequente (A\_103; A\_55; A\_6; A\_61; A\_98; A\_60; A\_128). A revisão da literatura reportada por A\_84 (2010), exhibe referências bastante interessantes, nomeadamente, é criada uma relação de quantificação entre a intensidade e a duração do

exercício, através das UR: “*vigorous physical activity (hours per day)*”, “*moderate physical activity (hours per day)*”, e “*light physical activity (hours per day)*” (A\_84).

Apesar da literatura consultada apresentar alguma diversidade nas descrições sobre as diferentes dimensões, conseguimos extrair informação que apresenta relação com a descrição das variáveis do regime de exercício realizada no subcapítulo - 3.4 Intervenções de enfermagem. Nesse capítulo, descrevemos as apresentações disponíveis sobre os regimes de exercício, no que se relaciona com o tipo, intensidade, frequência e duração do regime, uma vez que os artigos incluídos são mais específicos na descrição das intervenções.

### 3.2.2. Dados de caracterização da autogestão do regime de exercício

Da análise dos artigos selecionados para integrar a SR, extraímos dados de enfermagem capazes de caracterizar a autogestão do regime de exercício. A caracterização da autogestão do exercício tem forte relação com a avaliação da concordância do plano estruturado de exercício, definido pela pessoa com condição crónica. No contexto deste estudo consideramos que a caracterização da autogestão do regime de exercício corresponde aos dados recolhidos pelos enfermeiros que descrevem o comportamento da pessoa em relação às atividades de autogestão do regime de exercício, em situações em que este já se encontra definido, sobre a forma de um plano estruturado, individualizado e acordado entre a pessoa e o enfermeiro. Estes não são, por isso, dados de apreciação inicial, prévia ao início do acompanhamento da pessoa, mas dados que nos permitem avaliar de que forma a pessoa está a responder ao desafio de integrar o regime de exercício na sua vida.

Partindo desse pressuposto e corroborados por A\_44 (2018), concluímos que os principais dados procurados pelos enfermeiros se relacionam com a performance física das pessoas, a automonitorização do exercício e a manutenção das atividades de exercício, encontrada dessa forma a ligação à autogestão do regime de exercício. Assim, consideramos a distribuição da informação extraída do *corpus* de análise, na subcategorização seguinte: performance de atividades do regime de exercício, automonitorização do regime de exercício e concretização das atividades do regime de exercício, que em seguida elencamos com a respetiva interpretação.

A **performance de atividades do regime de exercício** engloba a avaliação da integração de atividades de exercício no quotidiano da pessoa. Essa recolha, é descrita como utilizando diferentes metodologias, podendo ser considerados os sete dias anteriores, considerada por (A\_10), através do instrumento desenvolvido por Toobert et al. (2008), da qual resulta a informação extraída da UR: “*Ejercicio físico - evaluar la adherencia auto-reportada para*

*cada acción específica, de tal manera que un puntaje de 7 correspondió a adherencia perfecta y un puntaje de 0 correspondió a ausencia total de ésta*" (A\_10), em que sete representa sete dias de realização das atividades do regime na última semana, e zero representa que não ocorreu nenhuma atividade do regime nesse período. Também nesse sentido, encontramos a descrição da recolha de informação através da procura sobre se a pessoa realiza, ou não, o regime de exercício recomendado (A\_12). Encontrámos também validação das atividades de caminhada de, pelo menos, 30 minutos no último mês (A\_102). Através de uma metodologia idêntica, expressa pela utilização de um instrumento que recolhe informação sobre as atividades de exercício realizadas nos sete dias anteriores, bem como na identificação da duração e da frequência do exercício (A\_108).

Para além disso, existem autores que recolhem informação através de outras fontes, nomeadamente, os registos de **automonitorização**, sendo este um ponto essencial nas atividades de autogestão. Recorremos a exemplos disponíveis na literatura incluída no estudo para identificar alguns dispositivos que possibilitam a automonitorização, como pedómetros (A\_84) ou diários (A\_60).

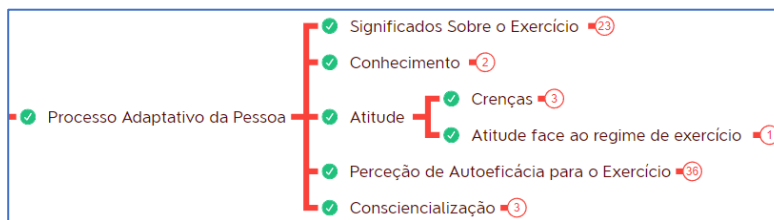
No decorrer da análise identificámos metodologias menos específicas de categorizar os comportamentos de autogestão do regime de exercício, como a identificação da **concretização das atividades de exercício**. Assim, encontramos referência ao número de horas por semana em que a pessoa incluiu exercício físico na autogestão da sua condição (A\_84). Em alternativa, recolhemos ainda a UR: "*exercise adherence was defined as the number of exercise sessions completed*" (A\_41), onde fica expresso a importância de conhecer o valor absoluto de frequência de sessões completadas pelas pessoas (A\_60; A\_41). Por sua via, a descrição através da utilização de uma escala analógica [balizada entre as ponderações: 0-10], que permite inferir a adaptação do plano à pessoa para validação da frequência e duração do exercício categorizada entre "nada adaptado" (scores próximos de zero) à pessoa a "totalmente compatível" (scores próximos de dez) (A\_77). Integramos, ainda, informação que corrobora as situações em que a autogestão é monitorizada através do diferencial existente entre as atividades do regime de exercício prescrito ou recomendado, e as atividades realizadas pela pessoa (A\_2). Reconhecemos a referência a outras dinâmicas de avaliação, com recurso a identificação do valor absoluto da duração das atividades do regime e o valor absoluto de duração das atividades do regime realizadas no intervalo alvo de intensidade, monitorizado pela frequência cardíaca durante o exercício (A\_111).

### **3.2.3. Dados relativos ao processo adaptativo da pessoa, que influenciam a autogestão do regime de exercício**

No que concerne aos dados do processo adaptativo da pessoa com influência na autogestão do regime de exercício, categorizamos a informação em cinco subcategorias, onde foram agregadas UR relativas:

aos **significados sobre o exercício**, ao **conhecimento**, à **atitude face ao exercício** as **crenças**, a **percepção de autoeficácia para o exercício**, e à **consciencialização**.

Figura 3 - Categorias dos dados relativos aos processos adaptativos



### 3.2.3.1. Dados relativos aos significados

Da análise dos estudos incluídos, encontrámos referência a dados relacionados com os significados que a pessoa atribui ao próprio regime de exercício e que, neste sentido, podem dificultar o seu processo de transição, integrando, assim, a categoria - Significados. No contexto deste estudo, o significado atribuído ao regime é caracterizado pela representação que a pessoa faz do regime de exercício e dos seus possíveis efeitos. As UR foram categorizadas de forma a agregar os significados em diferentes níveis, tendo sido objetivado cinco tipologias de significados atribuídos ao regime de exercício, sendo eles: desvalorização; sentimentos de impotência; dificuldade em mudar de comportamento; insatisfação relativa às recomendações; e malefícios para a condição de saúde. Em seguida, apresentamos a contextualização de cada um dos significados referidos.

Um dos principais significados atribuídos ao regime de exercício que encontrámos é a **desvalorização**. A desvalorização traduz a percepção de que não vale a pena esforçar-se para integrar o exercício, ou porque não faz qualquer diferença, ou porque já nada há a fazer. Neste último caso, pode traduzir o desalento e a resignação que a pessoa demonstra face à sua condição de saúde (A\_18). A desvalorização dos benefícios do exercício, como uma forma de melhorar a autogestão da doença, dificulta a adoção e manutenção do comportamento pretendido (A\_20; A\_53). De ressaltar, ainda, a percepção da pessoa de que já realiza exercício/atividade física suficiente no seu quotidiano (A\_20), e interpreta que, por esse motivo, não precisa de mais nenhum plano de exercício.

Outro significado dificultador atribuído ao regime de exercício é o **sentimento de impotência**, tal como identificámos nas UR's: "Exercise is hard work for me" (A\_83),

“*Psychological barriers: Too much effort/lack of willpower*” (A\_20) e “*Difficulty of doing physical activity*” (A\_83, A\_112). O significado atribuído ao regime pode ser condicionado pela percepção da pessoa relativamente à sua condição que limita a realização do regime de exercício, demonstrado por “*I feel sick*” (A\_119).

Outro significado que emergiu do *corpus* de análise foi a **dificuldade em mudar de comportamento**, sentida pelas pessoas, traduzida pela ideia de - é muito difícil mudar. Identificámos a descrição da pessoa não ter um perfil desportivo, o que justifica a não integração do regime (A\_20). A dificuldade em incorporar as atividades do regime pode advir da limitação na gestão de prioridades familiares, domiciliárias e laborais, bem como pela ausência de disponibilidade temporal para as atividades do regime (A\_83). Por fim, foi ainda identificada a referência das pessoas a que “*exercise facilities do not have convenient schedules for me*” (A\_83), o que dificulta a mudança de comportamentos e a inclusão como prioridade da autogestão do seu regime terapêutico.

Foi identificado da extração das UR's referências que apontam para a **insatisfação referida pelas pessoas relativa às recomendações de exercício**. Incluímos, nesta categorização, várias referências, entre elas, o desinteresse pelo regime de exercício (A\_20; A\_30; A\_13), o aborrecimento com a realização de exercício (A\_119), a sensação de ridicularização e vergonha sentida pelas pessoas quando realizam exercício (A\_83), e por fim, descrição relativa à inadequação das *guidelines* à sua condição (A\_20).

Por fim, dos estudos incluídos, também é possível inferir que outro dos significados dificultadores atribuídos ao regime se relaciona com os **malefícios para a sua condição de saúde atual**. Esta afirmação está sustentada em descrições relativas à dificuldade da pessoa em manter o exercício pela presença de sintomas desagradáveis, onde se inclui o cansaço, a fadiga e a dor (A\_83; A\_59; A\_83). Por vezes, o exercício é reconhecido como um esforço insustentável, descrito na UR: “*It costs too much to exercise*” (A\_83). Acresce a descrição de que as pessoas atribuem um significado ao regime de exercício como não eficaz (A\_18), prejudicial e de efetividade duvidosa (A\_18; A\_112).

### 3.2.3.2. Dados relativos ao conhecimento

Outra das categorias de dados relacionadas com o processo adaptativo da pessoa focaliza-se no conhecimento. O conhecimento sobre o regime de exercício é uma área que releva no domínio da autogestão, motivo pelo qual é tão cara à enfermagem, constituindo-se como uma das essenciais áreas de ação dos enfermeiros com as pessoas com necessidades de

autogestão. Da análise dos artigos, foi possível recolher informações relevantes que nos permitem descrever o conhecimento sobre o regime de exercício como um domínio crucial para a integração de práticas de autogestão. Salientámos que as percepções e conhecimentos das pessoas sobre o exercício revelam que existe um insuficiente conhecimento sobre o regime de exercício, sendo considerado um fator dificultador do processo de autogestão (A\_20, A\_98; A\_74; A\_77). Vários estudos referem a falta de conhecimento sobre o exercício, nomeadamente, em pessoas com diabetes (A\_47; A\_13; A\_18; A\_79; A\_77). Em concordância, a evidência demonstra que as pessoas com necessidades de autogestão, revelaram que a falta de conhecimento sobre o exercício moldou a sua percepção de eficácia, bem como o esforço incluído no exercício (A\_52). Relacionando com outras categorias, inferimos que os conteúdos sejam, no mínimo, referentes a duas dimensões importantes: o conhecimento sobre o regime (o efeito do exercício sobre as respostas corporais e relação com a situação clínica, ou doenças; e a especificação do regime - tipo, duração, frequência e intensidade); e o conhecimento sobre a autogestão do regime (quando praticar, recursos a utilizar, dados de automonitorização a considerar).

### 3.2.3.3. Dados relativos à atitude

No contexto deste estudo, na categoria dos dados referentes aos processos adaptativos da pessoa, identificámos a dimensão “atitude”. Descrito pelo ICN (2019), como o “*processo psicológico: modelos mentais e opiniões*”, na CIPE agrega domínios tão variados como crenças, coping, volição e a atitude da pessoa face ao regime. Nesta categoria, incluímos três dimensões, sendo elas: a atitude face ao regime; as crenças; e por fim, a percepção de autoeficácia. Apesar de estarmos conscientes que a autoeficácia se insere nesta categoria, decidimos, pela relevância que os diversos estudos lhe atribuem, dar-lhe uma maior ênfase colocando-a ao mesmo nível da atitude, que será exposto posteriormente. Identificámos referência a atitudes dificultadoras face ao regime de exercício relacionadas com baixas taxas de participação em regimes de exercício (A\_59). Esta categoria engloba duas temáticas: as crenças e a volição ou envolvimento.

As crenças são um elemento relevante que podem dificultar ou facilitar o processo de autogestão do regime de exercício. Segundo o ICN (2019), a crença é um foco de atenção, ao qual corresponde a definição: “*atitude: opiniões; convicções e fé*”. Desta descrição, resulta a importante aferição da necessidade de identificação das crenças sobre o regime exercício de forma a compreender-se como influencia o mesmo. Da análise da literatura

incluída no estudo, percebemos que existem crenças que podem facilitar o processo de autogestão, como a *“positive beliefs about efficacy and outcomes motivate exercise”* (A\_52).

Por outro lado, foi ainda identificada a existência de uma tipologia de crença que pode ser dificultadora do processo de autogestão do regime de exercício, relacionada com a aparência física da pessoa, *“embarrassment about physical appearance”* (A\_28), e acreditar que a prática de exercício leva a uma maior exposição e a uma avaliação crítica por parte de quem observa, limitando a inclusão do regime de exercício (A\_119).

Uma das dimensões que faz parte da cultura contemporânea, expressa na Teoria da Transição de Meleis, relaciona-se com o *engagement* e descreve-se como o envolvimento que a pessoa é capaz de incluir em determinada ação (Meleis et al., 2000). Face à literatura incluída, reconhecemos essa referência no que respeita ao regime de exercício (A\_2). Para além disso, identificámos como fator dificultador a ausência ou falta de interesse no regime de exercício quando não há apoio ou suporte por parte dos pares *“there can also be external obstacles, such as the absence of no interest or engagement from partners or friends”* (A\_13).

#### 3.2.3.4. Dados relativos à percepção de autoeficácia para o exercício

No contexto deste estudo, a agregação que corresponde aos dados que refletem a percepção de autoeficácia da pessoa face ao exercício, reflete a informação da literatura integrada no *corpus* de análise, que integra a dimensão da perspetiva pessoal da capacidade para integrar o regime de exercício (A\_111; A\_13; A\_14; A\_94; A\_28; A\_2; A\_3). Reconhecemos a influência na informação extraída de dados que são itens incluídos em escalas e/ou instrumentos, neste âmbito da percepção de autoeficácia, encontrámos referência a duas escalas, *“Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey”*, e a *“Bandura’s Exercise Self-efficacy Scale”*. Uma vez que um dos objetivos deste estudo é reconhecer os dados que os enfermeiros recolhem no domínio da autogestão do regime de exercício, optámos por extrair das escalas ou instrumentos os itens com relação para o domínio em estudo. Para explicar a percepção da autoeficácia, encontrámos referência a três tipos de *“percepção da capacidade”*: acreditar que é capaz de concretizar o exercício e de o manter ao longo do tempo; de superar as dificuldades; e, de reconhecer os recursos de que poderá dispor para facilitar a sua concretização.

Inicialmente identificámos dados que descrevem a capacidade da pessoa para realizar e manter o exercício, ao qual designamos por percepção da **capacidade de concretizar o exercício**. Esta é demonstrada pela autoconfiança na realização de exercício, como apresentado por A\_94, quando apresenta a “*lack of confidence is especially problematic*”, nos processos de autogestão do regime (A\_94; A\_53). Por outro lado, foi encontrada a informação que permite sustentar que a resiliência demonstrada pela pessoa influencia a percepção pessoal da sua capacidade de realizar o exercício (A\_87, A\_13; A\_14; A\_94). Desta forma, enaltece a importância das pessoas reconhecerem as suas competências para concretizar as atividades do regime de exercício, com uma intensidade, frequência e duração que seja adequada à sua condição, na busca pelas metas e objetivos estabelecidos. Identificámos situações com diferentes justificações em que a percepção desta capacidade é particularmente relevante. Nomeadamente, em momentos de iniciar, de manter, ou de reiniciar o regime de exercício quando ocorre um desvio de saúde ou situacional, justificado, por exemplo, por diferentes situações desde a agudização da doença, “*after recovering from an illness that caused me to stop exercising*” (A\_14), hospitalização ou lesão, até interrupção “*during a holiday*” (A\_14).

Por outro lado, a capacidade percebida pela pessoa da **superação de dificuldades durante o exercício** é fulcral, uma vez que o quotidiano está repleto de situações que podem interferir com as rotinas normais de exercício e com os objetivos e metas delineados pelas pessoas. Da análise dos estudos incluídos, identificámos que a autoeficácia percebida para o exercício, induz a dificuldade em lidar com os fatores dificultadores do regime de exercício, entre eles a meteorologia (A\_14), as prioridades laborais (A\_14) e as prioridades do quotidiano (A\_14; A\_94). Tais fatores são habitualmente utilizados como justificativos para a menor integração de atividades do regime de exercício. Isto demonstra que é de extrema importância a pessoa perceber a sua capacidade de gerir todas as dinâmicas que a envolvem. Nesse sentido, é reconhecido que o processo de autogestão do regime terapêutico, em especial o regime de exercício, impõe necessidades constantes e prolongadas às pessoas com condições de saúde crónicas. A superação de dificuldades impõe uma dimensão fundamental que se refere à percepção da pessoa da sua capacidade para a resolução de problemas. Face à literatura consultada, incluímos os principais motivos dos problemas vivenciados pelas pessoas com necessidade de regime de exercício, entre eles: quando vivenciam “*personal problems*” (A\_14), quando vivenciam problemas relacionados com o exercício (A\_13; A\_14), e quando vivenciam “*family problems*” (A\_14). Em consequência, a importância da pessoa perceber a sua capacidade de adequar o regime de exercício à sua condição de saúde atual, incluindo a presença de sintomatologia, a intensidade do exercício, bem como o seu *status* psicológico (A\_13; A\_14; A\_94).

Em última análise, a percepção da pessoa da **capacidade de reconhecer os recursos** disponíveis para gerir o seu regime de exercício influencia a percepção de autoeficácia. Identificámos essa descrição à qual se agregam dados referentes aos recursos pessoais (A\_94;

A\_13), onde se inclui o conhecimento (A\_94), aos recursos familiares (A\_13; A\_14), aos recursos sociais (A\_13), ao recurso aos profissionais de saúde (A\_13) e, por último, aos recursos de automonitorização (A\_94).

Por via da descrição anterior, conseguimos ainda verificar um conjunto de fatores que interferem na percepção de autoeficácia da pessoa para o regime de exercício. Apesar de não considerarmos os mesmos como dados que permitam inferir um juízo clínico, demonstram-se como relevantes para a adequação da ação do enfermeiro, permitindo uma ação mais individualizada. Assim, os fatores identificados correspondem à presença de experiências prévias de sucesso relativo ao exercício (A\_13; A\_98), o sucesso de outras pessoas que apresentam condições de saúde idênticas (A\_13), o incentivo por pessoas confiáveis, como os profissionais de saúde, pares ou familiares (A\_13), e a existência de resultados clínicos positivos resultantes do regime de exercício (A\_13).

#### 3.2.3.5. Dados relativos à consciencialização

A consciencialização é um conceito que, segundo a CIPE, deriva da Cognição, definida como *“processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção; pensamento; raciocínio e memória”* (ICN, 2019). A consciencialização é um foco de atenção dos enfermeiros que assume, também, relevância no contexto da autogestão. Assim sendo, a literatura incluída no *corpus* de análise deste estudo permitiu categorizar a consciencialização como fator influenciador da autogestão do regime de exercício (A\_47; A\_120; A\_87; A\_74) em três dimensões: consciencialização sobre as complicações da doença; consciencialização das necessidade do regime; e consciencialização dos benefícios do regime. A ausência ou um nível insuficiente de consciencialização “lack of awareness”, é um fator dificultador em pessoas com diabetes Mellitus (A\_47). Por outro lado, o facto da pessoa com condição crónica estar consciencializada da existência de complicações da doença, “awareness of complications” (A\_47), colocam a pessoa em alerta para a necessidade de ter um comportamento preventivo das mesmas. Este aspeto é entendido, por este autor, como um fator facilitador da autogestão. Também, identificámos que a consciencialização dos benefícios do exercício em pessoas com doença oncológica as predispõe para as atividades do regime de exercício, na busca por uma sensação de bem-estar, sendo por isso, um fator facilitador (A\_120). Emerge daqui a necessidade de identificar dados referentes a estes aspetos da consciencialização para a decisão do enfermeiro para o planeamento de cuidados.

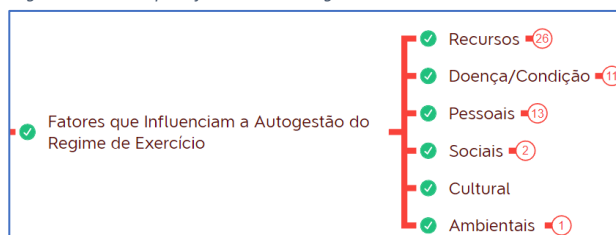
### 3.2.4. Dados relativos aos fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício

No desenvolvimento deste estudo, e resultante da análise dos estudos, encontramos referência a fatores que têm influência na autogestão do regime de exercício, podendo a mesma ser positiva ou negativa, isto é, facilitando ou dificultando a pessoa nas atividades de autogestão. Assim, identificamos que a mesma área, domínio ou situação relevante para a autogestão pode facilitar ou dificultar, dependendo da sua presença ou ausência, ou ainda, no caso da sua existência, em maior ou menor quantidade. Neste contexto, descrevemos os vários dados identificados com capacidade de influenciar o regime de exercício. No entanto, esperamos conseguir inferir em que situações os dados são capazes de facilitar ou dificultar a autogestão. Os fatores que influenciam a autogestão demonstraram-se poder ser internos ou externos à pessoa, isto é, os fatores internos estão relacionados com as especificidades da pessoa, e são, por exemplo: aspetos relacionados com a personalidade, os gostos, as experiências, as capacidades intrínsecas das pessoas, determinados recursos, entre outros. Por outro lado, os fatores externos são especificidades referentes ao que envolve a pessoa, desde o seu meio social, cultural, ambiental, os recursos de saúde disponíveis, os recursos da comunidade, entre outros.

Esta categoria, designada de fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício, engloba seis subcategorias, designadas de: fatores relacionados com os recursos; fatores relacionados com a condição/doença; fatores internos/pessoais; fatores sociais; fatores culturais; e fatores ambientais.

Tal divisão aconteceu com base na interpretação das UR's, que permitiram elencar informação em diferentes agregadores incluídos nestes grandes domínios

Figura 4 - Fatores que influenciam a autogestão



supracitados. Para uma obtenção mais esquemática desta divisão incluímos a Figura 4.

#### 3.2.4.1. Dados relativos a fatores relacionados com os recursos

Iniciamos a descrição dos fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício, pelos recursos, com reconhecido impacto nas atividades do regime, podendo apresentar-se como facilitadores ou dificultadores. Os recursos foram agregados em quatro dimensões, designadas de: socioeconômicos; suporte; saúde; e, por fim, automonitorização. A Figura 5, disponibiliza uma descrição sumária do conteúdo de cada um dos agregadores construídos.

Figura 5 - Fatores relacionados com os recursos



Iniciando pelos recursos **socioeconômicos** e o seu impacto no regime de exercício, de referir que agregam diferentes dimensões, entre elas: escolaridade; local de residência; mobilidade/acessibilidade; rendimentos; custos associados ao exercício; e seguros de saúde.

A escolaridade é um fator relevante no que se refere ao domínio da autogestão, uma vez que o nível de escolaridade é significativo por se relacionar com a literacia em saúde, compreensão da situação, bem como para a adequação dos conteúdos a disponibilizar às pessoas, ao nível da intervenção posterior. Encontrámos referência ao nível de escolaridade frequentada pela pessoa condicionar a autogestão do regime de exercício (A\_111; A\_44; A\_46). Salientámos que a “*maior escolaridade ... parecem prever maior adesão à dieta e ao exercício físico*” (A\_1), o que suporta que o nível de escolaridade tem impacto na forma como a pessoa gere o regime de exercício.

A literatura disponibiliza informação sobre o efeito do local de residência da pessoa, uma vez que isso influencia a disponibilidade da pessoa para participação nas atividades de exercício propostas em situações que impliquem a sua deslocação (A\_98). Isto é, quanto maior a distância do local de residência ao local onde pode implementar o regime de exercício, menor a probabilidade de a pessoa participar nas atividades, seja o local uma instituição de saúde, um local de exercício comunitário, um ginásio, entre outros (A\_98; A\_5).

O local de residência da pessoa apresenta, assim, uma relação inequívoca com o fator mobilidade/ acessibilidade, demonstrando-se como um fator dificultador, sempre que os mecanismos de mobilidade são escassos ou a acessibilidade é reduzida (A\_59; A\_79; A\_45; A\_83; A\_18; A\_123), como demonstrado na UR, que retrata a experiência de uma pessoa relacionada com o regime de exercício: “*places for me to exercise are too far away*” (A\_83). Quando as atividades do regime se desenvolvem nas unidades de saúde, este fator volta a demonstrar-se como dificultador (A\_87; A\_83).

Os rendimentos são habitualmente identificados como o principal enfoque dos fatores socioeconômicos pela sua influência no comportamento da pessoa. Dessa forma, o regime

de exercício não é exceção, impondo diversos condicionalismos possíveis relacionados com a sua presença/ausência, pela sua disponibilidade de maiores ou menores níveis de rendimentos. Posto isto, conseguimos descrever os impactos que estes factos têm na autogestão, não só o nível de rendimento, mas também o status socioeconómico que será algo difícil de descrever, mas habitualmente descreve uma hierarquia social face a um conjunto de rendimentos, recursos, oportunidades e segurança. Neste contexto, foi identificado como facilitador a existência de maiores níveis de rendimentos (A\_111; A\_1; A\_46). A literatura referencia, que este fator se torna dificultador quando a situação financeira da pessoa é instável, ou existe um baixo nível socioeconómico (A\_74). Por outro lado, os rendimentos financeiros disponíveis e estáveis são fatores que facilitam a autogestão do regime de exercício (A\_74).

Alinhado com os rendimentos, a literatura refere que os custos associados ao exercício também influenciam os comportamentos (A\_74; A\_119; A\_13; A\_28; A\_8). O custo de qualquer bem ou serviço é habitualmente reconhecido como um fator que implica divergência nas prioridades financeiras *versus* as prioridades em saúde. Enumeramos duas situações referidas no *corpus* de análise, sendo elas: o acesso a instalações de exercício (A\_74; A\_119; A\_13) e o custo do acesso a aulas de grupo (A\_8; A\_28).

No que se refere aos recursos socioeconómicos, finalizamos com a referência aos seguros de saúde, que têm um contexto especialmente relevante em diversas partes do mundo, apesar desse não ser maioritariamente o contexto português. No entanto, é fundamental compreender que possuir um seguro de saúde com requisitos ou benefícios que incluam as atividades de exercício são fulcrais para as pessoas poderem manter a autogestão da sua condição crónica através de regimes de exercício (A\_74; A\_45).

Quando refletimos sobre os recursos, reconhecemos evidentemente a importância do **suporte** em processos de autogestão do regime de exercício. Assim, o suporte é um recurso essencial à sua efetividade da autogestão (A\_52; A\_6). Encontrámos referências que nos remetem para o suporte providenciado por familiares e por pessoas significativas e, ainda, para o suporte social disponibilizado pela comunidade.

No que se refere ao suporte familiar, este é considerado como um elemento influenciador, facilitador quando existe e, pelo contrário, dificultador quando este não está disponível (A\_44; A\_47; A\_52; A\_74). É essencial o acompanhamento pelos familiares no envolvimento da pessoa no regime de exercício, pela sua proximidade e capacidade de influenciar a pessoa na tomada de decisão e para dar seguimento ao plano de exercício estabelecido (A\_83; A\_13; A\_53). Conseguimos aferir, ainda, que quando o suporte familiar ou de pessoas significativas é diminuto, é expectável que as pessoas permaneçam muito tempo sozinhas durante o dia. O que é considerado como um fator dificultador do regime de exercício, provocando, também, um aumento do risco de não manter as atividades do regime, como podemos confirmar na UR: "*Las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física*

*fuieron: permanecer solo durante el día OR 2,91 (1,65-5,11)” (A\_53).* Incluímos, assim, duas perspectivas no suporte familiar, a que se relaciona com a existência de suporte familiar no quotidiano da pessoa e, uma outra, quando este suporte familiar se envolve e participa ativamente nas atividades do regime de exercício.

Já a existência de suporte social, é tido como um factor crucial para facilitar as atividades de autogestão do regime de exercício (A\_20; A\_46; A\_52; A\_111). O suporte social, no contexto deste estudo, é compreendido como a existência de pessoas ou entidades na comunidade (amigos, instituições sociais e comunitárias) sem relações familiares que se integram nas atividades do quotidiano da pessoa, incluindo nas atividades do regime de exercício. Este fator é descrito como dificultador quando se encontra omissa na vivência da pessoa (A\_18; A\_28; A\_52; A\_44). Este aspeto, torna-se de maior relevância quando os regimes de exercício são realizados em casa e sem supervisão. Em contraponto, a existência de suporte social é considerada um facilitador nos processos de integração das dinâmicas do regime de exercício (A\_53).

Outro dos agregadores utilizados na categoria recursos, foram os recursos em **saúde** que, no contexto deste estudo, representam a disponibilidade que as pessoas encontram com as unidades de saúde e os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros.

As unidades de saúde são reconhecidas como as instituições de saúde promotoras das atividades do regime de exercício. Os comportamentos de autogestão, as atividades realizadas pela pessoa, podem não estar necessariamente conectadas a unidades de saúde. Encontrámos referência às unidades de saúde, com primordial enfoque nos programas de reabilitação e os padrões de aprendizagem inicial efetivados em contexto de unidades de saúde. Nesse sentido, verificámos que um fator facilitador é a disponibilidade de instituições de saúde nas proximidades e disponíveis para as pessoas com necessidades de regimes de exercício (A\_74). Por outro lado, a diminuta existência de protocolos de exercício e material educativo foi reconhecida como um recurso dificultador do regime de exercício (A\_74).

A inclusão nesta categoria da referência aos profissionais de saúde promoveu a divisão em três agregadores de nível inferior, com o objetivo de estabelecer uma relação mais adequada da informação. Assim destacamos a existência de aspetos relacionados com a prescrição de exercício, a supervisão do exercício e o suporte dos profissionais. Seguidamente apresentamos a informação que suporta esta agregação de dados.

Um dos principais achados relaciona-se com a interação existente entre os profissionais de saúde e as pessoas com necessidade de regimes de exercício, em especial, no que concerne à prescrição do plano de exercício, que deve ser alicerçado na perspectiva da pessoa o poder gerir, conforme a sua decisão. Da literatura consultada, conseguimos aferir que o principal enfoque são as recomendações de exercício não serem personalizadas às pessoas, pela sua condição de saúde ou pela indefinição de objetivos e da prioridade no regime de exercício (A\_74; A\_53; A\_44). Para além disso, o deficit de experiência ou competência na

recomendação do regime de exercício personalizado à pessoa (A\_74; A\_46; A\_106; A\_52; A\_18; A\_20; A\_79) pelos enfermeiros e outros profissionais que integram a equipa de saúde. Suportamos a afirmação anterior na descrição de A\_74, quando apresenta “*lack of knowledge about when and what to recommend*”.

A supervisão, que se refere ao acompanhamento e monitorização das atividades do regime de exercício, pelos profissionais de saúde, foi essencial para garantir a iniciação e manutenção das atividades do regime de exercício, com múltiplos objetivos clínicos definidos pelos profissionais. Nessa perspetiva, os autores referem a ausência de supervisão pelos enfermeiros como fator dificultador, em pessoas com necessidades de regimes de exercício (A\_28; A\_52; A\_44).

O suporte disponibilizado pelos profissionais de saúde é encontrado como essencial para a manutenção das atividades do regime de exercício, no contexto deste estudo distingue-se da supervisão, pois integra a disponibilidade (A\_18; A\_109; A\_20; A\_74; A\_45), a relação de colaboração (A\_30; A\_44; A\_74; A\_28) e incentivo às atividades de exercício (A\_47; A\_59; A\_18). Nesta dimensão, considera-se, na literatura consultada, que quanto mais efetiva a disponibilidade, a colaboração e o incentivo à pessoa a continuar as atividades do regime, maior será o impacto facilitador incutido pelos enfermeiros.

Para finalizar a apresentação dos recursos, integramos uma dimensão muito em vogue na literatura utilizada, no contexto deste estudo, que retrata a identificação de dados, que permitam identificar o método como a pessoa realiza a **automonitorização** do regime de exercício. É transversalmente reconhecida a relevância da automonitorização como fonte de controlo da condição de saúde crónica da pessoa e como forma de identificação da adaptabilidade dos planos estabelecidos, bem como na identificação dos desvios de saúde. É cada vez mais reconhecido o papel crucial na consciencialização da relação entre a eficácia do exercício e as transformações da condição de saúde. Por outro lado, a automonitorização tem a reconhecida capacidade de envolver a pessoa nas atividades do regime de exercício. Segundo o autor do estudo A\_106, as pessoas que integram programas de reabilitação cardíaca e que implementam atividades de automonitorização, apresentam maiores níveis de adequação dos seus regimes de exercício. Os artigos referem metodologias de automonitorização específicas, entre elas: os diários de exercício (A\_52; A\_103; A\_41; A\_111; A\_13; A\_59; A\_60; A\_84; A\_123; A\_3); monitores de frequência cardíaca (A\_4; A\_3); smartphones (A\_55; A\_64); e pedómetros (A\_4; A\_13; A\_37; A\_59; A\_74; A\_118; A\_123; A\_84; A\_45; A\_64; A\_45; A\_82).

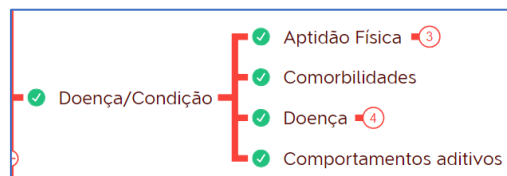
Estes recursos de **automonitorização** permitem às pessoas a monitorização do regime de exercício, objetivando um feedback imediato. Esta perspetiva impõe uma reflexão das pessoas face aos resultados encontrados com a utilização destes dispositivos, sejam eles tecnológicos ou analógicos. Por sua via, os **diários** de exercício foram referenciados como itens muito relevantes, também para os enfermeiros, uma vez que disponibilizam a

possibilidade de análise da integração e manutenção dos regimes de exercício, objetivando ainda, a possibilidade da reflexão sobre problemas existentes ou potenciais, barreiras ou dificuldades. Estes recursos, foram apresentados como facilitadores do regime de exercício e consistentes na melhoria das atividades de autogestão produzidas pelas pessoas com condições de saúde crónicas.

### 3.2.4.2. Dados relacionados com a doença/condição

Os fatores com influência nas capacidades de autogestão das pessoas e que se relacionam com a sua doença ou condição de saúde foram integrados nesta subcategoria. Esta agrega informação referente a diferentes dimensões que se encontram expostas na Figura 6, nomeadamente: aptidão física; comorbilidades; doença; e os comportamentos aditivos.

Figura 6 - Fatores relacionados com a doença/condição



A agregação decorrente da extração de dados, destina-se a integrar conceitos essenciais que se relacionam com a **aptidão física** das pessoas com necessidades de autogestão. Neste domínio, incluímos informação sobre: a capacidade física da pessoa, a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde, e, por último, o risco de agravamento ou lesões. Desta forma, tentaremos em seguida, dar seguimento a explicitação com recursos as UR que justificam tal categorização.

A capacidade física aponta-nos para a dimensão do *status* funcional das pessoas e possíveis limitações para o exercício. Os estudos refletem a falta de aptidão física percecionada pela pessoa como fator dificultador (A\_18), o nível de motricidade funcional, descrito em pessoas alvo de evento crítico cardíaco (A\_44), as restrições físicas pré-existentes, em pessoas com Diabetes Mellitus (A\_47), e, por último, a diminuição da mobilidade em pessoas em idade avançada com doença oncológica (A\_118). A perceção do estado de saúde pela pessoa é descrita como fator protetor da autogestão, quando descrito, que “*los factores que demostraron ser protectores o facilitadores para la adherencia a la actividad física fueron: la autopercepción del estado de salud OR ,39 (23,66)*” (A\_53). Em contraponto, identificámos a descrição da perceção do deficit no estado de saúde, como fator associado a menor autogestão do regime de exercício em pessoas de idade avançada (A\_98; A\_20; A\_2). Outro fator identificado que pode dificultar a autogestão do regime de exercício é o risco de agravamento da condição, durante a prática do exercício (A\_74; A\_98; A\_120).

A presença de **comorbilidades** tem impacto, fundamentalmente, porque a maioria das pessoas que apresentam comorbilidades são as que carecem de atividades de autogestão do regime de exercício. Este facto reposiciona-nos na necessidade de personalizar e individualizar os regimes de exercício, por forma a maximizar as capacidades das pessoas (A\_7; A\_59; A\_30). Assim, as comorbilidades são referenciadas por diferentes autores como dificultadores e outros como fatores associados à baixa participação nas atividades do regime. Este facto, justifica a inclusão deste dado no grupo de dados que deve ser tido em conta pelos enfermeiros na avaliação do *status* geral da pessoa que integra um regime de exercício.

A descrição de um fator que influencia a autogestão do regime de exercício, maioritariamente como elemento dificultador nas atividades de autogestão, são questões relacionadas com a **doença**. Nos diferentes estudos incluídos no *corpus* de análise, identificamos um conjunto de doenças, que podemos inferir que representam o *core* de doenças com maiores necessidades de regimes de exercício, entre elas: insuficiência cardíaca (A\_13; A\_14; A\_36; A\_41; A\_46; A\_60; A\_87; A\_94; A\_98), hipertensão arterial (A\_11; A\_113; A\_37), doença renal crónica (A\_6; A\_106), doença cardiovascular (A\_12; A\_59; A\_79; A\_22; A\_44; A\_45; A\_7), doença cardíaca (A\_102; A\_111; A\_123; A\_39), diabetes Mellitus (A\_1; A\_10; A\_100; A\_112; A\_117; A\_128; A\_28; A\_47; A\_53; A\_83; A\_7; A\_4; A\_64), doença oncológica (A\_2; A\_20; A\_7; A\_109; A\_52; A\_82; A\_84; A\_3; A\_34; A\_115; A\_118; A\_120; A\_125; A\_88; A\_5), doença pulmonar (A\_106; A\_61; A\_8; A\_4; A\_64), e problemas músculo-esqueléticos (A\_18; A\_42; A\_119). Para além das doenças expressas anteriormente, deve ser feita uma referência especial à componente da saúde mental (A\_74), uma vez que a sua influência na autogestão do regime de exercício tem um impacto muito relevante, mais especificamente a depressão (A\_111; A\_44) e a ansiedade (A\_44).

Ainda relacionado com a doença os autores referem algumas especificidades que impactam na autogestão como o agravamento/evolução, a tolerância à atividade, os sintomas e o tratamento. Da análise realizada, conseguimos inferir que o agravamento da condição de saúde da pessoa ou da doença é disruptivo face à autogestão do regime de exercício, tornando-se dificultador (A\_74). Por outro lado, a existência de características específicas das doenças é considerada um fator dificultador ao regime de exercício, nomeadamente, a severidade/gravidade da doença (A\_30) e a presença de doença metastizada (A\_3). Para além disso, os eventos críticos como a hospitalização, são fatores dificultadores (A\_46; A\_52; A\_52). Por sua via, pessoas com doenças respiratórias crónicas em que os agravamentos da doença impõem uma evolução rápida da insuficiência respiratória progressiva, bem como um aumento da intolerância à atividade (A\_8). A intolerância à atividade e a falta de energia sentida pelas pessoas, implica uma seleção cuidada de atividades do regime (A\_18).

Pessoas com condições de saúde crónicas vivenciam **sintomas** no seu quotidiano, o que impõe este ser considerado fator dificultador nas atividades de autogestão. Para além da presença de sintomas ser muito frequente nas atividades rotineiras das pessoas, estes podem

ainda ser exacerbados na realização de atividades de exercício (A\_7). O impacto provocado pelos sintomas pode ser limitativo para iniciar uma atividade de exercício, pode também ser o fator que implique a suspensão do mesmo ou a necessidade de reduzir a duração, frequência e intensidade do exercício, *“increase feelings of fear, anxiety, and powerlessness”* (A\_94). Perspetivando uma visão mais global, recolhemos os principais sintomas descritos na literatura consultada que, quando presentes, se demonstram dificultadores do regime de exercício, sendo eles: fadiga (A\_5; A\_7; A\_13; A\_106; A\_18; A\_20; A\_20; A\_28; A\_52; A\_98; A\_94; A\_84); dor (A\_7; A\_18; A\_52; A\_30; A\_74; A\_123); dispneia (A\_13; A\_52; A\_98; A\_94; A\_8; A\_23); cansaço (A\_18; A\_28; A\_23; A\_118); e fraqueza muscular (A\_2; A\_23).

Identificámos, claramente, uma maior incidência da fadiga como fator dificultador. Esta situação relaciona-se principalmente, pelo elevado volume de estudos em que os participantes eram pessoas com doença oncológica ou cardíaca. Por outro lado, foram ainda encontradas referências a sintomas como a náusea, a incontinência ou a diarreia, como limitadores, nomeadamente, em pessoas em tratamento de quimioterapia, bem como em pessoas com condições crónicas do transito gastrointestinal, tais como cancro do colo do reto (A\_52; A\_20).

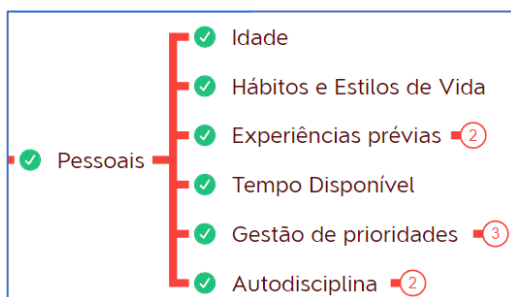
O **tratamento** tem impacto no bem-estar das pessoas. Neste contexto, os artigos que mais incisivamente focaram esta temática foram artigos em que os participantes tinham diagnósticos de doença oncológica com tratamento ativo, como apresentado por A\_2, quando descreve *“the decline in physical activity for these patients after their HNC [Cancro da Cabeça-Pescoço] treatment is severe and persistente”* (A\_2). Por outro lado, o tratamento com quimioterapia foi considerado como o mais impactante fator dificultador das atividades de exercício (A\_52). Mantendo o foco nas pessoas com doença oncológica, importa descrever que não apenas a quimioterapia, mas também a radioterapia, tem impacto dificultador nas atividades de autogestão do regime de exercício (A\_3). Como é reconhecido os tratamentos, em especial, para a doença oncológica são habitualmente impactantes e implicam a vivência de múltiplas sensações nas pessoas, algumas delas relacionadas com os seus efeitos secundários, sendo também considerados dificultadores das atividades do regime (A\_52). Desta referência, concluímos ainda a existência de uma relação com as dificuldades sentidas pelas pessoas no controlo dos sintomas e no impacto que os mesmos representam nas atividades de autogestão do regime de exercício. Os tratamentos também influenciam a imagem corporal, como apresentado por A\_52, quando argumenta que *“the women expressed how a changed body image due to treatment affected their exercise adherence”*, o que demonstra também um efeito dificultador para o regime. Por último, no que se refere aos tratamentos, o impacto da *“required portable oxygen for activities of daily living”*, também é descrito como um fator dificultador para o exercício, até porque nos encaminha para a relação com a progressão e agravamento da condição de saúde crónica da pessoa (A\_3).

Os **comportamentos aditivos** também apresentam impacto significativo nas atividades do regime, nomeadamente, o consumo de álcool (A\_88) e o consumo de tabaco (A\_8). Assim, estes comportamentos devem carecer do escrutínio pelos enfermeiros na busca de dados que identifiquem os fatores influenciadores do regime de exercício.

### 3.2.4.3. Dados relativos a fatores internos / pessoais

Encontrámos referência a uma enorme variedade de fatores que influenciam as atividades de autogestão do regime de exercício que têm relação com características pessoais e/ou internas à pessoa. A influência destes fatores é imputada à pessoa, conforme as suas características individuais, de experiências vividas ao longo da vida, da sua personalidade, das suas capacidades de gestão do seu quotidiano, incluído os estilos de vida e hábitos, bem como os comportamentos emocionais. Apesar do exposto, na descrição seguinte serão evidenciados fatores considerados por nós como pessoais. No entanto, outros fatores incluídos noutras categorias deste estudo também espelham fatores pessoais. Esta foi a opção tomada considerando a necessidade de a organização da informação clinicamente relevante.

Figura 7 - Fatores internos ou pessoais



Dentro dos fatores pessoais incluímos como primeiro tópico, que emergiu da literatura que integra o *corpus* de análise do estudo, o aspeto **idade**. A idade surge como fator influenciador das atividades do regime de exercício, tornando-se mais imperioso nas pessoas com idade avançada que apresentam maiores limitações nas atividades do regime de exercício (A\_18; A\_30; A\_1; A\_118). Sendo que, este fator não é modificado pela ação dos enfermeiros, apenas a ser tomado em conta na definição do plano de exercício. Os idosos são as pessoas que apresentam maior prevalência de condições crónicas com necessidades de autogestão do regime terapêutico, nomeadamente, de exercício. Dessa forma, sustentamo-nos com a descrição de A\_1, quando salienta que “o avançar da idade parece predizer menor adesão” às atividades de autogestão do regime de exercício.

Da análise levada a cabo ao longo deste estudo, sobressaíram-se aspetos pessoais que nos encaminham para os hábitos pessoais, bem como para os estilos de vida vivenciados (A\_118). Salientamos o estudo A\_118, quando refere “*Exercise is challenging for many older patients with cancer because of age-related barriers such as habits, and lifestyle*”. Este dado tem

relação com estilos de vida anteriores, designadamente sobre serem mais ou menos sedentários e a presença ou ausência de hábitos de exercício no quotidiano.

As **experiências pessoais** dos indivíduos, emergem como essenciais em todo o processo de autogestão pela sua capacidade de relacionar diferentes dimensões do processo atual e momentos prévios vivenciados pela pessoa. Justifica-se, assim, o facto de este ser um fator influenciador, pois reporta a pessoa para a vivência anterior da imposição da necessidade de um regime de exercício ou apenas de alteração no seu estilo de vida para uma vida fisicamente ativa. Dessa forma, as experiências prévias relacionam-se com o conhecimento, a consciencialização, as perceções de autoconfiança da pessoa, entre outros fatores já referenciados. Face às UR identificadas no *corpus* de análise deste estudo, conseguimos agregar esta categorização em duas diferentes condicionantes, uma relacionada com experiências prévias de autogestão do regime de exercício e, por outro lado, a experiência prévia de realização de atividade física. Estes fatores tornam-se facilitadores ou dificultadores conforme os resultados e as vivências anteriores da pessoa. Nesse contexto, os hábitos de exercício foram considerados preditores dos comportamentos de autogestão do regime de exercício, como descrito na UR: *“found exercise habits to be a consistent predictor of current exercise behaviour”* (A\_88). Conseguimos perceber o impacto destes fatores, nomeadamente, através da perceção de que as experiências serão facilitadoras quando existe histórico de experiências prévias positivas de incorporação do regime de exercício quer ao nível dos resultados clínicos, quer ao nível da satisfação da pessoa (A\_74; A\_59). Outro domínio identificado foi a experiência prévia na realização de atividade física. Foi extraída informação que as pessoas, que anteriormente às necessidades de autogestão do regime de exercício tinham estilos de vida fisicamente mais ativos, apresentaram maior propensão a integrar regimes de exercício no seu quotidiano (A\_18, A\_83; A\_7; A\_74; A\_53).

Conseguimos refletir, ainda, sobre alguns dos objetivos da integração em regimes de exercício, como a recuperação e manutenção da sua mobilidade, como descrito no estudo que inclui pessoas com problemas músculo-esqueléticos, quando apresenta *“among those who held a physically active lifestyle maintaining or regaining their mobility was a strong motive”* (A\_18). As experiências anteriores são relevantes, uma vez que permitem inferir os sentimentos que as pessoas apresentam face a determinadas atividades de exercício, como por exemplo, o *“i enjoy exercise”* (A\_83). A satisfação da pessoa permite identificar uma relação das experiências prévias com o significado facilitador atribuído ao próprio regime de exercício.

Evoluindo na descrição de outros fatores internos à pessoa, consideramos essencial apresentar a referência à falta de **tempo disponível** para o regime de exercício (A\_13; A\_106; A\_83; A\_20; A\_28; A\_47; A\_52; A\_98; A\_87; A\_30). Percebemos que existem situações em que o tempo para a realização de exercício imponha dificuldades na gestão das prioridades da pessoa, aspeto descrito mais a diante neste estudo. Iniciando a descrição com a variável **tempo**, podemos refletir sobre o artigo de A\_30, uma revisão sistemática, que

apresenta nos seus resultados: nos 32 grupos experimentais, incluídos na revisão, uma das causas mais frequente de desistência das pessoas era a falta de “time” (A\_30).

Um ponto essencial que se relaciona com o tempo disponível é o impacto na **gestão das prioridades** da pessoa, podendo estas ser familiares, domésticas e/ou profissionais (A\_83; A\_52; A\_20). Segundo A\_20, um dos fatores dificultadores do regime de exercício é a “*competing priorities*”. No contexto deste estudo, esta categoria corresponde à implicação do exercício na gestão quotidiana das necessidades familiares, domésticas e profissionais onde incluímos dimensões como a vida doméstica, os cuidados com familiares, as relações sociais, bem como com as atividades profissionais.

Nesse sentido, elencamos inicialmente as responsabilidades familiares, que incluem a gestão de situações como as responsabilidades e compromissos familiares e domésticos (A\_20; A\_52; A\_30; A\_74). Este factor é habitualmente reconhecido como dificultador pela prioridade estabelecida pela pessoa nas tarefas familiares, como, por exemplo, o papel de familiar cuidador (A\_74). Por seu lado, as responsabilidades profissionais são habitualmente referidas pelas pessoas e que devem ser tidas em consideração pelos enfermeiros na garantia da gestão integrada de todo o processo de autogestão da condição crónica (A\_30; A\_5; A\_52; A\_120). Podemos, assim, induzir que as prioridades concorrentes se incluem na gestão das diferentes atividades que a pessoa carece de realizar num determinado momento. Dessa forma, podemos transpor para a execução ou não das atividades de exercício, conforme a relevância atribuída ao exercício, onde podem existir múltiplas justificações, como por exemplo, o significado atribuído ao regime, a perceção dos benefícios ou a gestão de outras prioridades diárias.

Seguindo na descrição dos fatores, atingimos o momento da descrição daquilo a que no contexto deste estudo, enquadrámos como **autodisciplina** da pessoa. Reconhecemos como a capacidade intrínseca da pessoa de ser capaz de manter as atividades de exercício, mesmo quando existem fatores dificultadores do exercício ativos ou concorrentes no seu quotidiano. A autodisciplina na perspetiva deste estudo pode ser enquadrada como fator influenciador da autogestão do regime de exercício, com conotação à capacidade da pessoa em manter uma regulação comportamental (A\_18); bem como à capacidade da pessoa de se comprometer com as atividades do regime (A\_52); e, por fim, à necessidade extraordinária da autodisciplina, quando o exercício é realizado sozinho pela pessoa com condição crónica (A\_52). Em contraponto, identificámos a carência de autodisciplina como fator dificultador nos processos de autogestão (A\_13; A\_20). Salientamos, por último, a “*procrastination*” (A\_20), como a decisão de retardar a execução de uma ação ou atividade planeada.

Como conclusão deste subcapítulo de dados que agregam os fatores internos ou pessoais, é chegado o momento de refletirmos sobre o termo **motivação**, encontrado em múltiplos artigos incluídos neste estudo. No entanto, percebemos que esta designação é complexa, uma vez que é frequentemente utilizada como um “chavão” que engloba múltiplos fatores

que podem ser representados através de diagnósticos ou focos de enfermagem. Este pressuposto tem como implicação que a atenção do enfermeiro deva estar centrada nos dados que interferem com o comportamento da pessoa. A intencionalidade da ação do enfermeiro não é diretamente melhorar a motivação da pessoa, dado que a motivação é um fator interno, mas por perceber os motivos das pessoas incluírem determinados comportamentos e intervir sobre esses fatores por forma a influenciar o processo interno de motivação. Bem determinada a premissa, e uma vez que este dado foi tão frequente na análise realizada da literatura, consideramos incluí-la na subcategoria autodisciplina, por haver uma relação entre a descrição da existência ou não de motivação, e a capacidade da pessoa para aceitar, integrar e manter as atividades de autogestão do exercício. Considerando a literatura analisada, a motivação é um fator com influência na autogestão do regime de exercício, como descrito por A\_74, quando apresenta a “*Motivation*” como um dos “*factors that facilitate exercise counseling*”. A motivação, podemos incluí-la como um fator interno à pessoa, implicando ser um fator dificultador na sua ausência (A\_13; A\_18; A\_20; A\_98; A\_55) e facilitador quando se verifica a sua presença (A\_111; A\_74).

#### 3.2.4.4. Dados relativos a fatores sociais

A subcategoria intitulada “fatores sociais”, refere-se aos fatores que, na sociedade e nos grupos da comunidade, poderão ter repercussão na autogestão do regime de exercício. Por esse motivo, foram criados os seguintes agregadores: espaços de exercício comunitários e grupos de pares para as atividades de exercício.

No que se refere aos **espaços de exercício comunitários** são habitualmente considerados como essenciais para as práticas de atividades de exercício, sendo que a sua disponibilidade, acessibilidade, qualidade da manutenção, entre outros aspetos são de extrema relevância para pessoas com condições crónicas. Optamos por incluir dois níveis de agregação, a disponibilidade e acessibilidade aos espaços de exercício e a segurança dos espaços.

A existência de espaços específicos, preparados e ao dispor das pessoas para a prática de exercício é fundamental por forma a que as mesmas iniciem ou mantenham as suas atividades de autogestão (A\_30; A\_119). Existem descrições que sustentam que este fator é facilitador das atividades de autogestão do regime de exercício, sendo exemplo o estudo de (A\_53), quando descreve: “*los factores que demostraron ser protectores o facilitadores para la adherencia a la actividad física fueron: ... contar con espacios adecuados para la realización de la actividad física OR ,62 (44-86) ”*, e acrescenta, que poder “*contar con estos espacios adecuados (zonas verdes, amplias, limpias, dotadas), promueve la realización*

*de la actividad física en promedio*” (A\_53). Em contraponto, encontramos referência à ausência de espaços para a realização de exercício como sendo dificultadora da autogestão do regime de exercício (A\_13; A\_18; A\_20; A\_47; A\_74; A\_119; A\_120; A\_83; A\_28). A literatura aponta para situações que influenciam a autogestão, sendo elas: a disponibilidade temporal das infraestruturas para a realização de exercício (A\_28; A\_83); e os custos associados, que se relacionam com os recursos socioeconómicos anteriormente descritos.

Para completar a contextualização sobre os espaços de exercício é crucial referir a segurança desses espaços, uma vez que é recorrente a identificação na literatura da segurança, como uma das principais preocupações relacionadas com atividades de exercício em pessoas com condições crónicas (A\_74; A\_79; A\_118; A\_28; A\_18; A\_98), como apresentado na UR: *“las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física fueron: ... no contar con espacios seguros para la realización de la actividad física OR 2,00 (1,46-2,72)”* (A\_53).

Os **grupos de pares** importam na medida em que se constituem como um apoio essencial das pessoas com condições crónicas que necessitam de regimes de exercício, tornando-se essenciais para a implementação e manutenção das atividades. Este fator é considerado dificultador das atividades de autogestão quando não existe grupo (A\_106; A\_52; A\_20; A\_119), como identificado na UR: *“exercising alone required self-discipline and self-motivation”* (A\_52). Por sua vez, é considerado facilitador a sua existência (A\_53; A\_119; A\_83), bem como os benefícios que estes grupos incluem na autogestão, nomeadamente, a possibilidade de criação de redes de suporte (A\_83), socialização (A\_83; A\_119) e o desenvolvimento de autodisciplina para o exercício (A\_52).

#### 3.2.4.5. Dados relativos a fatores culturais

Foram categorizadas UR's que nos direcionam para perspetivas de que existe uma componente cultural implícita nas atividades de autogestão do regime de exercício. Conseguimos recolher informação que nos permite categorizar a informação em dimensões interligadas, mas que não são idênticas. Assim, reconhecemos a influência de algumas dimensões, entre elas: o ambiente cultural (A\_79); as *“Language barriers”* (A\_74); os valores culturais (A\_74; A\_28); e por último, o interesse por abordagens comportamentais e naturalistas, em contraponto com as abordagens farmacológicas na autogestão da condição de saúde crónica da pessoa (A\_74).

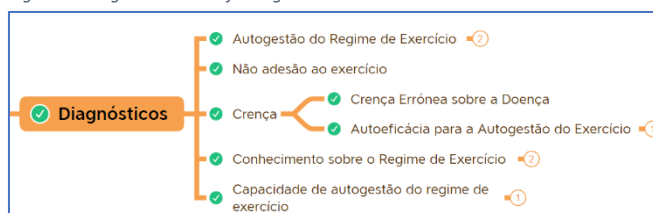
### 3.2.4.6. Dados relativos aos fatores ambientais

Quanto aos fatores ambientais, a meteorologia surge como fator que condiciona a autogestão do regime de exercício, uma vez que é um dos argumentos mais utilizados para justificar o deficit de atividades de exercício pelas pessoas (A\_13; A\_18; A\_20; A\_14; A\_106; A\_79). Sendo este um fator referido, é sustentado pela referência realizada por A\_79, quando a inclui como “*barriers to PA [atividade física] include weather*” (A\_79). Os dados relevantes aos enfermeiros, neste particular, são os que se prendem com o plano para os dias em que as condições climáticas são particularmente desfavoráveis à prática de exercício no exterior.

### 3.3. Diagnósticos de enfermagem

Dando resposta ao segundo objetivo do estudo, passamos a referir os resultados encontrados relativos aos enunciados de diagnósticos de enfermagem. Os artigos incluídos na análise permitiram induzir e agregar os diagnósticos que estão disponíveis na Figura 8. Encontrámos referência a focos de áreas de influência dos enfermeiros como a autogestão, o conhecimento, a capacidade, bem como a dimensão das crenças, onde se inclui a perceção de autoeficácia referida pela pessoa.

Figura 8 - Diagnósticos de enfermagem



O conceito de autogestão do regime terapêutico resulta da concatenação de dois focos de atenção dos enfermeiros descritos pelo ICN (2019), a Autogestão [10046837] e o Regime de Exercício [10023667]. A sua congregação permite identificar o principal contexto deste estudo. Como já referenciado no capítulo referente ao enquadramento deste estudo, consideramos que a referência a autogestão, em múltiplas situações foi evidenciada através da interpretação dos termos “*adherence*”/“*adesão*”/“*adherencia*”, muito frequente na literatura consultada. No entanto, a interpretação dos investigadores foi que tais UR, traduziam a referência à autogestão, enquanto processo passível de ser gerido pela pessoa. De salientar que nos artigos que referiam a adesão, os juízos que lhe estavam associados

eram negativos, nomeadamente: pobre adesão ao regime de exercício (A\_30; A\_45; A\_37; A\_88; A\_36; A\_11); baixa adesão ao regime de exercício (A\_42; A\_1; A\_7; A\_8; A\_14; A\_22; A\_52; A\_98; A\_34; A\_112); e não adesão ao regime de exercício (A\_45; A\_11; A\_7; A\_53; A\_36; A\_109; A\_12). Estes diagnósticos resultam da agregação de 23 UR extraídas de 20 artigos, como são exemplo as UR's: "*poor adherence to physical exercise*" (A\_30); "*low exercise adherence*" (A\_42); e "*nonadherence ... physical activity prescription*" (A\_45).

Após a inclusão das referências anteriores, verificámos na literatura consultada e optamos por transitar esses diagnósticos com base na designação utilizada na NursingOntos, que se determina como "Autogestão do Regime de Exercício". Este enunciado é disponibilizado pelo ICN (2019), através da congregação do termo "Autogestão [10046837]" e "Regime de Exercício [10023667]". Por essa via, optamos por renovar a designação identificada na literatura e apresentar da seguinte forma: "**Potencial [10015151] para melhorar Autogestão [10046837] do Regime de Exercício [10023667]**", que integra a pobre e baixa adesão ao regime de exercício; e "**Autogestão [10046837] do Regime de Exercício [10023667] Comprometido [10012938]**", que corresponde à descrição de não adesão ao regime de exercício explanada na literatura, quando esta resulta de outra área de atenção mais específica, como p.e. o conhecimento, e não da impossibilidade da pessoa para o realizar.

A partir da informação extraída dos estudos que compõem o *corpus* de análise, foram identificados outros diagnósticos de enfermagem com impacto na autogestão do regime de exercício. A sua contextualização será descrita de seguida, mas antes disso, é relevante contextualizar a sua implicação para as atividades de autogestão. Estes diagnósticos permitem recriar áreas já descritas ao longo deste trabalho, bem como algumas que estarão expressas mais à frente. Salientamos a exposição aos domínios do conhecimento, da capacidade e das crenças, onde se incluía autoeficácia.

Iniciamos a descrição com a referência ao foco Crença [10003229], descrito pelo ICN (2019), como a "*Atitude: opiniões; convicções e fé*". A descrição realizada por A\_13, quando apresenta: "*since people with heart failure can have ... delusive illness beliefs*", que nos remete para o foco "Crença Errónea" [10005709] definida como "*Crença comprometida: falsa sensação da realidade que não consegue ser corrigida pela razão, argumentação ou persuasão, nem pela evidência dos próprios sentidos*". Nesse seguimento, projetamos a existência do diagnóstico "**Crença errónea [10047002] sobre a doença**", ou numa perspetiva mais positiva a "**Potencial [10015151] para melhorar crença errónea [10047002]**". Ainda na dimensão das crenças, recorreremos ao foco Autoeficácia [10024811], descrito como filho, na estrutura de dados do ICN (2019), do foco Crença. Essa relação disponível é crucial para interpretarmos as UR extraídas, no âmbito do diagnóstico "**Potencial [10015151] para melhorar Autoeficácia [10027131] para o Regime de Exercício [10023667]**". No contexto deste estudo, este diagnóstico é representado por UR como "*perceive low self-efficacy in physical activity*" (A\_13); "*low self-efficacy*" (A\_20),

sendo reconhecida como um dificultador da autogestão do regime de exercício *“another barrier to participation in an exercise-on-prescription intervention could be low self-efficacy”* (A\_28). Estas UR's foram agregadas neste diagnóstico de potencialidade para melhorar a autoeficácia, pois denota uma visão da enfermagem mais centrada naquilo que é o potencial da pessoa para melhorar a sua perceção de autoeficácia, do que apenas a identificação das dificuldades da pessoa com impacto na autogestão do regime de exercício.

Prosseguimos na descrição dos diagnósticos de enfermagem extraídos da análise dos estudos agregados, no que se reporta ao domínio do conhecimento, enfoque essencial e primordial para a enfermagem, pela capacidade de influência que pode ter na maximização das atividades de autogestão. O conhecimento [10011042] é definido como *“Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação”* (ICN, 2019). Nos estudos incluídos, o conhecimento sobre o regime de exercício encontrava-se associado ao juízo insuficiente, como por exemplo nas de pessoas com insuficiência cardíaca *“since people with heart failure can have insufficient knowledge”* (20201\_13), *“lack of knowledge”* (A\_13) e *“given patients' lack of knowledge concerning physical activity guidelines”* (A\_20). Em linha com o anteriormente explicitado e de acordo com a NursingOntos, considera-se que o diagnóstico **“Potencial [10015151] para Melhorar o Conhecimento [10011042] sobre Autogestão [10046837] do Regime de Exercício [10023667]”** explica a necessidade em cuidados.

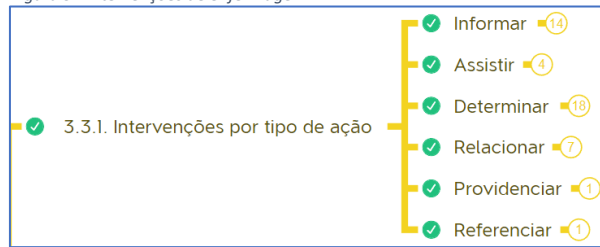
Por fim, identificámos a descrição da UR: *“reduced self-management ability”* (A\_13), relativa ao exercício, que nos permite inferir a existência de um outro diagnóstico de enfermagem referente à capacidade da pessoa para a autogestão do regime de exercício. A CIPE integra o Foco: *“Capacidade para gerir regime [10000068]”*, mas não o juízo reduzido ICN (2019). No entanto, nesta UR identificámos a descrição de uma lacuna ou deficit evidente na capacidade de gerir o regime de exercício, dando suporte à relevância de enunciar o diagnóstico de enfermagem, **“Potencial [10015151] para melhorar Capacidade para gerir regime [10000068] de Exercício [10023667]”**.

### 3.4. Intervenções de enfermagem

A descrição que se segue, apresenta a informação obtida através da análise dos estudos que compõem o *corpus* de análise, em resposta ao terceiro objetivo deste estudo, identificar as intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício.

Dessa forma, a organização deste subcapítulo cumpre a seguinte esquematização: a agregação de intervenções por tipo de ação identificadas; a descrição das tipologias de regimes de exercício identificados; a informação sobre os recursos necessários à implementação das respetivas intervenções; por último, é apresentada a informação agregada das estratégias utilizadas na implementação das intervenções de enfermagem. A Figura 9, apresenta uma descrição esquemática das categorias criadas.

Figura 9 - Intervenções de enfermagem



No contexto deste estudo, o alvo das intenções é exclusivamente a pessoa com condição crónica e com necessidades de atividades de autogestão do regime de exercício.

### 3.4.1. Intervenções de enfermagem por tipo de ação

A agregação realizada para a categorização das intervenções, ou seja, das ações dos enfermeiros para apoiar na autogestão do regime de exercício a pessoas com condições crónicas, baseou-se no tipo de ação. Nesta agregação incluímos seis tipos de ações abrangentes, com recurso à linguagem classificada proposta pelo ICN (2019), sendo elas: Informar [10010162]; Assistir [10002850]; Determinar [10005824]; Providenciar [10015935]; Relacionar [10016678]; e Referenciar [10016576]. A exposição com base nas UR que deram origem a esta agregação é apresentada em seguida, recorrendo a um aprofundamento do tipo de ação face aos agregadores da estrutura hierárquica da taxonomia CIPE. Como enquadramento à apresentação das intervenções é essencial refletir que, ao longo da análise dos estudos incluídos, fomos organizando as intervenções encontradas e inferidas. Os estudos nem sempre são claros na descrição da intervenção ou intervenções planeadas e implementadas. Por esse motivo, tivemos de alcançar consensos entre os investigadores de forma que a agrupação das UR's respeitasse o sentido das intervenções descritas.

#### 3.4.1.1. Intervenções de enfermagem do tipo Informar

Da análise dos artigos encontrámos um conjunto de intervenções cujo tipo de ação se centra no domínio do “informar” e do “ensinar”, agregando-as na subcategoria Informar, entendido como “Ação: comunicar alguma coisa a alguém (ICN, 2019). Do conjunto de ações de

enfermagem encontradas especificámos a intervenção: **Informar [10010162] sobre recursos da comunidade [10004733]**, a sua assunção é uma realidade pelo conjunto de informação recolhida através de UR, como: *“describe options for places/ways to exercise”* (A\_111) e *“nurse informed the participants about locally organized PA [Atividade física] options”* (A\_64), onde se identifica a descrição às pessoas de locais e instalações para que possa realizar as suas atividades do regime.

Neste sentido, e respeitando a estrutura relativa aos tipos de ação do ICN (2019), incluímos as intervenções do tipo “Ensinar” no agregador “Informar”, uma vez que este é item filho na estrutura da CIPE. Várias foram as intervenções do tipo ensinar descritas nos estudos, entre elas: ensinar sobre regime de exercício; ensinar sobre o exercício; ensinar sobre a doença; e ensinar estratégias de promoção da perceção de autoeficácia para o exercício.

A intervenção **“ensinar [10019502] sobre autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]”** inclui diferentes domínios de ação e do envolvimento nas práticas de autogestão do regime de exercício. A análise das UR’s nesta dimensão permitiram reconhecer o aconselhamento em diferentes áreas, onde se inclui o plano ou regime de exercício (A\_106; A\_44; A\_74; A\_6), a integração com outros domínios do regime terapêutico (A\_128; A\_117), a automonitorização (A\_111; A\_52; A\_44; A\_82; A\_45; A\_74), os problemas potenciais vivenciados ao longo do regime (A\_46; A\_44; A\_82), e os recursos que devem ser ativados (A\_45; A\_84; A\_74; A\_113). Em seguida descrevemos sucintamente cada uma dessas dimensões representadas nesta intervenção de Enfermagem.

Quanto ao **regime de exercício**, esta intervenção contempla aspectos específicos do exercício: como a instrução sobre o desenvolvimento do plano de exercício, como inscrito na UR: *“instructions on developing the exercise plan”* (A\_106); a performance esperada do exercício, *“instructing the patient (and caregiver) to perform functional exercises after discharge according to the exercise program”* (A\_44); os locais de realização de exercício, *“community based ideas such as joining gyms, senior centers, schools, walking groups, and outdoor sports were also described”* e *“use public buildings for walking (e.g., mall, school, or hotel pools)”* (A\_74); estratégias de realização das atividades de exercício, como *“walking recommendations such as to use a mailbox or particular tree as a distance marker”* (A\_74); e as questões relacionadas com a segurança durante as atividades do regime de exercício, como *“exercising on safe roads and lighted áreas”* e *“never alone outside (suggested walking with a dog)”* (A\_74), bem como *“given information on the safe parameters of patient exercise”* (A\_6).

O regime de exercício tem **impacto noutros domínios do regime terapêutico**, e vice-versa. Nesse sentido, encontrámos referência à necessidade de adequar o regime de exercício a outros domínios do regime terapêutico, nomeadamente, o regime medicamentoso e dietético. Por exemplo, o impacto da administração de insulina em pessoas com diabetes Mellitus, deve ser tida em consideração na decisão dos momentos em que a pessoa realiza

exercício (A\_128). Por outro lado, o impacto do exercício deve ser coordenado com o regime dietético, como apresenta o estudo A\_117, quando apresenta o planeamento de ingestão de hidratos de carbono 30 minutos antes e 60 minutos após a realização do regime de exercício. Para além disso, estabelece a importância da pessoa com diabetes estar identificada com informações clínicas e pessoais para os casos de hipoglicemias, bem como ter próximo de si hidratos de carbono de absorção rápida para correção de hipoglicemias (A\_117).

Outro aspeto de extrema importância no regime de exercício é a capacidade da pessoa para realizar a **automonitorização** do exercício. Várias estratégias podem ser usadas, assim como diferentes recursos podem ser ativados. Nos estudos incluídos, encontramos a referência ao ensino sobre a autoavaliação do padrão de exercício através da sua automonitorização (A\_111; A\_52; A\_44; A\_82). Os diários de exercício são descritos como estratégia para identificação dos níveis de exercício, *“Introduction of exercise logs - Exertion levels”* (A\_111) e *“A case-management approach was used in which subjects were contacted weekly to review activity logs”* (A\_45). Verificou-se que os enfermeiros recomendaram que as práticas de automonitorização incluíssem validação de padrões fisiológicos de resposta ao exercício, como a frequência cardíaca, como descrito *“Instruct patient to check heart rate to target range”* (A\_74).

Incluímos nesta área de intervenção da enfermagem a ação dos enfermeiros no desenvolvimento de habilidades da pessoa para perspetivar e conseguir **lidar com os problemas** que surgem na implementação e manutenção de um regime de exercício (A\_44; A\_46; A\_82). Salientamos, ainda, a inclusão nesta intervenção da informação sobre os recursos que poderiam ser ativados para dar resposta ao regime de exercício. Dessa forma, encontramos referências através de UR's, que salientam essa utilização, como: os recursos humanos que a pessoa pode incluir nas suas atividades de exercício, *“walking partner”* (A\_74). Por outro lado, a ativação de recursos disponíveis na sua comunidade, como *“walking on a well-lighted school track”* (A\_74) ou outros recursos didáticos como *“home-based exercises were recommended such as tapes, DVDs, TV programs, home equipment, treadmills, exercise walking balls, and weight training using soup cans”* (A\_74). Os recursos a ser incluídos nas recomendações sobre o regime de exercício, no que se refere à automonitorização do exercício descritos, foram: os diários (A\_45; A\_113) e os dispositivos (A\_45; A\_113).

No contexto deste estudo a intervenção de enfermagem **“ensinar [10019502] sobre o exercício [10040125]”**, representa essencialmente a capacitação da pessoa na identificação dos benefícios do exercício na minimização do impacto sobre a sua condição crónica. Por esse motivo recolhemos informação que descreve três tópicos principais sobre o exercício, sendo eles: o efeito (A\_111; A\_13), os benefícios (A\_82; A\_106; A\_111; A\_46; A\_61; A\_119; A\_6; A\_4) e as contraindicações (A\_6).

A referência aos **efeitos do exercício** diz respeito ao impacto no quotidiano da pessoa (A\_13), à explicação dos impactos do exercício a curto e longo prazo na condição de saúde da pessoa (A\_111) e, por fim, à informação sobre o impacto dos estilos de vida (A\_13). Os **benefícios do exercício** são reconhecidos como um dos principais influenciadores das atividades de autogestão das pessoas, sendo que vários estudos referem como essencial a transmissão dessa informação (A\_82; A\_106; A\_111; A\_46; A\_61; A\_119; A\_6). Segundo (A\_4), conhecer os riscos do sedentarismo, em contraponto com os benefícios do exercício também releva *“inform the patient about the health risks related to a sedentary lifestyle”*. As **contraindicações**, ou exercício desaconselhado, bem como os riscos associados ao regime de exercício também devem fazer parte do conteúdo da intervenção. Por esse motivo a enfermagem tem um papel essencial na transmissão de conhecimento que permita à pessoa tomar as decisões de forma informada e consciente (A\_6).

Outra das intervenções identificadas é **“ensinar [10019502] sobre a doença [10024116]”**, que nos reporta para a melhoria do conhecimento da pessoa sobre o seu processo patológico. Os enfermeiros disponibilizam informação sobre a doença da pessoa de forma, a que a mesma integre as necessidades de exercício e o seu impacto na manutenção e maximização da sua condição de saúde. Dessa referência salientamos as UR: *“The first week focused on general education about CVD [Doença Cardiovascular]”* (A\_79); e na revisão da literatura de (A\_113), quando descreve que 87% dos estudos incluídos *“provided disease-related information and educated the people”*.

Por último, no âmbito do “Ensinar”, identificámos a intervenção **“ensinar [10019502] estratégias de promoção da autoeficácia [10024911] para o regime de exercício [10023667]”**. Esta intervenção é inferida pela interpretação de uma UR: *“the CHANGE intervention consists of teaching individuals (...) self-efficacy enhancement processes to support exercise maintenance”* (A\_111).

#### 3.4.1.2. Intervenções de enfermagem do tipo Assistir

Duas intervenções emergiram integradas no tipo de ação “Assistir” enquanto *“Atender: fazer parte do trabalho com ou para alguém”* (ICN, 2019), e que são “Assistir a definir o regime de exercício” e “Assistir a reorganizar o estilo de vida”.

Iniciamos a descrição pela intervenção **“assistir [10002850] a definir o regime de exercício [10023667]”** que inclui a definição e a revisão do regime ao longo do contínuo da evolução do mesmo.

Para coadjuvar as pessoas na definição de um regime, os enfermeiros apresentam distintas metodologias. É consensual a relevância da definição do regime de exercício e das metas a atingir serem construídas pela pessoa com suporte dos profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros (A\_82; A\_64; A\_106; A\_84). Destacamos a metodologia descrita por A\_102, em que relaciona a definição do regime com múltiplas dimensões já descritas ao longo deste trabalho, entre elas, as prioridades laborais, o lazer, as atividades diárias, entre outros. A definição passa por um planeamento escrito e com suporte do enfermeiro na sua construção. De facto, “*quanto mais preciso, concreto e pessoal for (...)*” o plano, mais fácil será para a pessoa implementá-lo (A\_112). Contudo, após a sua definição, é essencial existir disponibilidade de realizar ajuste ao plano e/ou metas definidas por forma a transitar o poder de decisão para a pessoa, de modo a concretizar a autogestão do regime de exercício. Assim sendo, identificámos informação que corrobora esta situação, como: “*the plan [de exercicio] was revised if necessary*” (A\_13); “*review goal setting*” (A\_111), neste artigo a revisão do plano e metas era tema de debate entre pessoas e enfermeiros; e “*at the end of the first week, the research team assisted each participant to identify a behavior change goal related to exercise, diet, and medication adherence*” (A\_79).

Emergiu de um dos artigos incluídos no *corpus* de análise, a importância dos enfermeiros se incluírem num trabalho conjunto com as pessoas, por forma a assistir a pessoa com condição crónica na reorganização das suas atividades diárias e estilos de vida (A\_111), a qual consideramos que deve ser representada pela intervenção “**assistir [10002850] a reorganizar o estilo de vida**”. Esta temática foi dissecada pelo autor em dois temas mais específicos, “*lifestyle rebalancing - family involvement*” e “*lifestyle rebalancing - time organization*”.

Ainda incluído no tipo de ação assistir, o “Incentivar”, descrito pelo ICN (2019), como “*promover: levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade.*”, encontramos UR que nos remetem para a intervenção “**incentivar [10012242] a automonitorização [10052146] do regime de exercício [10023667]**”, mais precisamente, “*the participants were encouraged to note what activities they had performed during the day and how many steps they had taken according to an activity tracker*” (A\_13). Para além disso, reconhecemos o impacto desta intervenção na promoção do aumento da perceção de autoeficácia pela pessoa o recurso a métodos de automonitorização como forma de confrontar as suas atividades de exercício, como disponível na UR “*further measures that were implemented to increase the patients' self-efficacy included self-monitoring with pedometers*” (A\_123).

### 3.4.1.3. Intervenções de enfermagem do tipo Determinar

Também encontramos referência a intervenções que se podem enquadrar no tipo de ação “Determinar” [10005824], descrito como sendo a “*Ação: encontrar ou estabelecer algo de modo preciso*”. Incluídos como itens filhos na estrutura hierárquica da CIPE, encontramos o “Avaliar evolução” [10007066], definido como “*Determinar: processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos*”; o “Avaliar [10002673]”, definido como “*avaliar evolução: estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa*”; e o “Analisar [10002298]”, definido como “*avaliar evolução: sintetizar informação acerca de algo*”. Em seguida apresentamos os resultados das intervenções pelos diferentes tipos de ação.

Num primeiro registo, consideramos fundamental descrever a intervenção “**avaliar evolução [10007066] da autogestão do regime de exercício [10023667]**”, que no contexto deste estudo consideramos relevante descrever as principais dimensões que emergem desta intervenção, sendo os contextos apresentados: a progressão dos comportamentos de autogestão (A\_13; A\_117), a progressão no padrão de exercício (A\_13; A\_108; A\_87; A\_55; A\_77), a segurança (A\_74; A\_5; A\_8; A\_59), a supervisão (A\_13; A\_7; A\_60; A\_7; A\_82; A\_28; A\_41; A\_128; A\_103; A\_46), e os recursos (A\_103; A\_13; A\_14; A\_41; A\_39; A\_44; A\_61; A\_45; A\_5; A3; A\_106; A\_59).

A dimensão da **progressão dos comportamentos de autogestão** é claramente evidenciado por (A\_117) quando apresenta informação sobre os contactos subsequentes com as pessoas incluídas no seu programa, onde eram realizadas avaliações sobre os comportamentos de autogestão incluídos, bem como o alcançar de metas e objetivos do regime de exercício (“In the third visit, ..., adherence to behavioral recommendations was reviewed”; e “In the last visit ... the achievement of the objectives agreed upon at the beginning of the study was evaluated”).

A **progressão do padrão de exercício** tem relação clara com a informação apresentada, no subcapítulo Dados relevantes para a decisão clínica dos enfermeiros. Essa descrição permite aferir o padrão de exercício, bem como tem relação com informação que será apresentada mais à frente sobre o regime de exercício e suas diferentes dimensões. Neste contexto, incluímos descrições das metodologias utilizadas pelos enfermeiros para avaliar a progressão do padrão de exercício, sendo elas reconhecidas através do conhecimento referente ao tipo, duração, frequência e intensidade do exercício realizado (A\_87; A\_55; A\_77; A\_108). No estudo (A\_5), o autor apresenta o método que utiliza na recolha de informação sobre as atividades de autogestão do regime de exercício, um questionário designado de “*Godin Leisure Time Exercise Questionnaire*”, em que através do autorrelato solicita à pessoa refletir sobre uma semana típica, de forma a perspetivar qual o valor absoluto de realização de exercício com duração superior a 15 minutos.

As questões relacionadas com a **segurança** da pessoa associada ao exercício são descritas como essenciais no domínio da autogestão do regime terapêutico. Destacamos a informação sobre a importância dos enfermeiros na adequação do regime de exercício a questões climatéricas (p.e. chuva e gelo) estruturais (p.e. luminosidade, marcadores de distância percorrida) que poderiam ser dificultadores da autogestão do regime de exercício (A\_74). Refletimos, ainda, situações como a monitorização da intensidade do exercício, através de monitorizações de parâmetros vitais e da perceção da intensidade de exercício. Os artigos incluídos apresentaram informação sobre a monitorização da frequência cardíaca (A\_59; A\_5; A\_8), e sobre a escala de *Borg* (A\_5; A\_8).

A componente segurança relaciona-se com a **supervisão** da prática do exercício realizada por enfermeiros. Nesta dimensão, consideramos a revisão efetuada por A\_82, em que são apresentados 32 (51% do total de estudos incluídos) estudos com atividades do regime de exercício supervisionadas, dos quais 17 foram estruturados com recurso a atividade supervisionada e domiciliária, como apresentado “17 (27%) studies provided an intervention that included both supervised and home-based physical activity”. Foi identificada com efeito positivo na integração das atividades do regime de exercício, quando as mesmas são supervisionadas por profissionais (A\_7; A\_60). A supervisão é fundamental na identificação de potenciais desvios ao regime de exercício, descrito como “red flags (scores indicating below-average functioning)” (A\_7).

Quanto aos **recursos** ativados para a avaliação do regime de exercício pelos enfermeiros, os artigos referem os contactos telefónicos (A\_103; A\_14; A\_41; A\_39; A\_44; A\_61; A\_45; A\_5; A\_3) e os diários de exercício (A\_106; A\_59).

No seguimento da descrição das intervenções seguimos com a descrição das UR que sustentam a categorização das intervenções do tipo “Avaliar”, que são duas. A primeira, “**avaliar [10002673] fatores dificultadores do regime de exercício [10023667]**”, apresenta, claramente, a relevância para a disciplina de enfermagem da avaliação de fatores e desafios que podem condicionar as atividades de autogestão do regime de exercício (A\_46; A\_123). Para além disso, foi identificada a avaliação pelo enfermeiro da perceção de autoeficácia para o exercício (A\_111), enunciada como “**avaliar [10002673] perceção de autoeficácia [10024911] para o regime de exercício [10023667]**”.

Quanto ao tipo de ação “Analisar”, a intervenção de enfermagem que reúne a forma como os enfermeiros conseguem explorar com as pessoas com condições crónicas os fatores que influenciam as práticas de autogestão do regime de exercício é, frequentemente, descrita no *corpus* de análise como, por exemplo, na UR: “*explore barriers and facilitators for behaviour change were discussed*” (A\_108). Encontrámos duas metodologias nas descrições: artigos que descrevem de forma genérica a análise dos fatores facilitadores e dificultadores; e artigos que têm como enfoque apenas os fatores dificultadores das atividades de autogestão. A intervenção foi definida como “**analisar [10002298] fatores influenciadores**

**do regime de exercício [10023667]**” (A\_4; A\_82; A\_108; A\_117). Apesar do exposto anteriormente, encontramos com mais regularidade a análise, discussão e exploração com a pessoa dos fatores que dificultam a autogestão do regime de exercício (A\_106; A\_2; A\_13; A\_102; A\_103; A\_106; A\_61; A\_79).

A capacidade dos enfermeiros analisarem com a pessoa a relação existente entre o sedentarismo e a presença de complicações ou de riscos, é evidenciado por A\_64, quando descreve que o enfermeiro assiste a pessoa a identificar *“the risks of physical inactivity”*. Esta intervenção foi categorizada como **“analisar [10002298] a relação entre complicações [10025459] e a inatividade física”**.

A referência encontrada sobre a *“analyze personal efforts to implement exercise plan”* (A\_111), permitiu incluir a intervenção **“analisar [10002298] progressão [10015789] da autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]”**. Uma vez que é essencial que os enfermeiros suportem a análise que a pessoa deve realizar das suas atividades e dos comportamentos incluídos no seu regime de exercício, utilizando diferentes recursos (A\_111; A\_4; A\_64). Destacamos a essência da análise da progressão da autogestão do regime de exercício, como forma de interpretar os momentos de reflexão entre a pessoa e o enfermeiro para concretizar a redefinição de planos e metas (A\_64).

A interpretação das pessoas acerca da relação entre os seus comportamentos e os efeitos destes na sua condição de saúde releva para efeitos daquilo que vão ser as suas opções. Neste sentido, uma das intervenções que os autores descrevem é **“analisar [10002298] a relação entre o regime de exercício [10023667] e a evolução da condição”**. A implementação desta intervenção poderá ser o momento de reflexão entre o enfermeiro e a pessoa sobre o impacto do regime de exercício na sua atual condição de saúde (A\_84; A\_106). Pode ser concretizada através da referência ao tratamento e ao seu impacto no regime de exercício e na adequação ao regime a condição de saúde da pessoa (A\_84), por um lado, a descrição do impacto para perceção dos benefícios atingidos com as práticas de autogestão do regime de exercício pela pessoa (A\_106).

Um dos aspetos identificados como alvo da análise promovida pelos enfermeiros com as pessoas com condições de saúde crónicas é a relação entre o exercício físico e a tolerância à atividade, como apresentado na UR: *“the nurse may be a good resource for answering questions regarding (...) they can address possible concerns raised about exercise training (often related to fatigue and exercise intolerance)”* (A\_46), o que sugere a intervenção, **“analisar [10002298] a relação entre o exercício [10023667] e a tolerância atividade [10024878]”**. Esta intervenção já se encontra incluída na versão na NursingOntos, o que acresce relevância da sua inclusão neste estudo.

#### 3.4.1.4. Intervenções de enfermagem do tipo Relacionar

Um dos tipos de ação das intervenções de enfermagem é o “Relacionar” [10016678], descrita como “*Atender: estabelecer ou manter ligações com um ou mais indivíduos, interagir*”. Incluímos por esta via quatro tipos de intervenção, as catalogadas com a ação **envolver**, **elogiar**, **contratualizar** e **negociar**, que descrevemos seguidamente a justificação da sua inclusão.

Em primeiro lugar encontrámos o “envolver” [10010877], descrito pelo ICN (2019) como “*comportamento interativo: ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros*”. Enquadramos neste, as ações realizadas pelos enfermeiros que proporcionem o envolvimento da pessoa na autogestão do regime de exercício, bem como, o envolvimento de pessoas significativas.

A intervenção de enfermagem, “**envolver [10010877] na autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]**” tem relação com a necessidade de incluir a pessoa com condição de saúde crónica na autogestão, na definição do regime de exercício definido (A\_45; A\_106). Recorremos a A\_45, quando descreve a intervenção de enfermagem “*encouraging subjects to comply with exercise prescriptions*”.

Envolver outra pessoa no regime de exercício distancia-se da linha seguida ao longo do estudo, uma vez que estamos focadas apenas nas pessoas com condições crónicas, mas a referência é obrigatória, justificada pela importância da inclusão da família e pessoas significativas no regime de exercício (A\_74; A\_108; A\_59; A\_106). Dessa forma, consideramos a inclusão da intervenção, “**envolver [10010877] a pessoa significativa no regime de exercício [10023667]**”. Assim, destacamos “*were conducted with individual patients and whenever possible in the presence of a partner or informal caretaker*” (A\_108). Salientamos, ainda, a relação clara entre esta intervenção e um dos recursos reconhecidos com esta SR, que são as pessoas significativas e família.

Ainda neste contexto, consideramos o tipo de ação “Elogiar”, descrito como “*relacionar: expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa*”. Como forma de aumentar a perceção de autoeficácia da pessoa, identificamos o reforço positivo face aos progressos atingidos pelas pessoas, como disponível na UR: “*progress was positively reinforced*” (A\_117), que traduz a intervenção “**elogiar [10015409] resultados alcançados**”.

O termo “Contratualizar”, descrito como “*Relacionar: estabelecer um acordo com alguém*”, incorpora uma dimensão cada vez mais reiterada na enfermagem contemporânea relativa à autogestão de regime terapêutico (ICN, 2019). Encontrámos referência à intervenção “**contratualizar [10005119] regime de exercício [10023667]**”, inferida com recurso a

duas UR, que descrevem a necessidade da sua representação, como apresentado em “strategies for adherence: develop a formal written plan for patient” (A\_74) e “contract agreement” (A\_111). Por outro lado, identificámos referência ao termo negociar, como na UR: “to negotiate exercise goals and plans with them” (A\_106). O termo “Negociar” é apresentado pelo ICN (2019) como “*Contratualizar: conferenciar com alguém no sentido de alcançar um compromisso ou acordo*”. Assim, incluímos a intervenção “**negociar [10013037] o regime de exercício [10023667]**”.

#### 3.4.1.5. Intervenções de enfermagem do tipo Providenciar

Ao longo da análise dos artigos incluídos encontrámos diversas UR que apontam para a disponibilização de informação escrita às pessoas com condições crónicas com necessidades de autogestão do regime de exercício, o que remete para a intervenção “**Providenciar material educativo [100244493]**”. A ação “Providenciar” [10015935] é definida como “*Distribuir: aprontar alguma coisa para alguém*” (ICN, 2019). As descrições encontradas sobre o material de apoio fornecido e providenciado pelos enfermeiros para as pessoas com condições crónicas foram perspetivadas sob duas dimensões distintas. Em primeiro lugar, como um recurso a ser ativado após a implementação de uma intervenção de enfermagem, como disponibilização de suporte documental face à informação transmitida. Por outra via, apenas como o único veículo de transmissão da informação. Maioritariamente, a informação disponibilizada nos artigos incluídos não é clara sobre essa referência, por esse motivo optamos por incluir todas as UR nesta agregação. Assim, incluímos nesta fase referências à utilização de material educativo (A\_13; A\_60; A\_74; A\_45; A\_59; A\_82; A\_74; A\_94; A\_84) através de documentos (A\_13; A\_60; A\_74; A\_45; A\_59; A\_82; A\_74) e outro tipo de material de apoio, como sites e vídeos (A\_94; A\_84).

#### 3.4.1.6. Intervenções de enfermagem do tipo Referenciar

O tipo de intervenção agora descrito relaciona-se com a ativação de outros recursos da comunidade. Recorremos ao tipo de ação “Referenciar” [10016576] entendido como: “*Coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa*” (ICN, 2019). Os enfermeiros são profissionais treinados no trabalho em equipa, com múltiplos atores dos

cuidados de saúde em diversos domínios da sua atividade. No domínio do regime de exercício, essa referência também foi encontrada em 3 UR. Por isso consideramos a inclusão da intervenção “Referenciar para profissional de saúde” [10032567] (ICN, 2019). No entanto, salientamos que em diversos artigos incluídos no *corpus* de análise a equipa de investigação não era exclusivamente composta por enfermeiros, contemplava a ação de diversos profissionais de saúde. Nesse contexto, conseguimos agregar as unidades de registo que nos permitiram identificar a referenciação para outros profissionais de saúde: “Referral to a physical therapist” e “Referral to exercise specialist” (A\_74). Por outro lado, encontrámos a referenciação para programas específicos, como o caso da reabilitação cardíaca “referral to cardiac rehabilitation programmes” (A\_46).

### 3.4.2. Regime de exercício

Chegados a este ponto da apresentação de resultados cumpre-nos apresentar as informações referentes ao regime de exercício propriamente dito, isto é, as atividades de exercício a realizar pela pessoa com condição crónica. Esta agregação é composta por três núcleos essenciais. Em primeiro lugar a descrição das **Guidelines de exercício** identificadas ao longo da análise dos artigos incluídos. Em segundo lugar identificámos o **Exercício**, onde se apresentam as atividades de exercício que decorreram do regime de exercício instituído. Por último, no que concerne à essência deste estudo incluímos as **Particularidades do Regime de Exercício**, onde identificámos especificidades que caracterizam o regime de exercício e tudo o que envolve a intervenção dos enfermeiros nesta dimensão.

#### 3.4.2.1. Guidelines de exercício

No contexto deste estudo integramos as *guidelines* de exercício através de referências às linhas orientadoras para a recomendação e prescrição de exercício, disponíveis no *corpus* de análise. Esta descrição não deve ser catalogada como uma intervenção de enfermagem, mas consideramos ser relevante incluir como forma de enquadrar as dimensões seguintes, respetivamente, o exercício incluído no regime, bem como as particularidades do mesmo. Incluímos neste subgrupo a distinção entre linhas orientadores de exercício: por tipo,

frequência, duração e intensidade; por gasto calórico; e para a progressão no regime de exercício.

No *corpus* de análise deste estudo encontramos múltiplas referências que se baseiam em orientações, essencialmente de associações internacionais. No entanto, em múltiplos artigos encontramos a descrição de especificidades incluídas nas linhas orientadoras que potenciam a relevância da adaptabilidade necessária nas recomendações de regimes de exercício. As recomendações de regimes de exercício são essencialmente baseadas em prescrições de tipo, duração, frequência e intensidade (A\_4; A\_28; A\_74; A\_60; A\_5; A\_7; A\_20; A\_47; A\_74; A\_106; A\_111; A\_37; A\_98; A\_59; A\_45; A\_2).

Através do *corpus* de análise deste estudo extraímos um processo de orientação dos níveis de exercício a realizar pela pessoa com condição crónicas, que alude a utilização de uma meta de gasto calórico com o regime de exercício. Esta orientação é diferenciada e permite à pessoa gerir todos os elementos do exercício conforme as suas particularidades individuais, uma vez que pode adaptar a intensidade, tipo, frequência e duração do exercício para atingir o objetivo calórico (A\_55; A\_39; A\_28; A\_45). Dessa feita, exemplificámos através de uma das UR's extraídas: *“all participants were advised to walk aiming at the consumption of a minimum of 150 kcal per day, which was set based on the standard recommendations for metabolic syndrome”* (A\_55).

Na agregação de orientações sobre regimes de exercício é crucial a referência encontrada no estudo de A\_3, quando cita a *“American College of Sports Medicine”* e descreve a essência da progressão da duração do exercício que deve ser recomendada às pessoas, recomendando a habilidade de *“gradually increases the duration of exercise during the initiation of exercise over the first 4 to 6 weeks with an increase in duration of 5 to 10 minutes every 1 to 2 weeks”*.

#### 3.4.2.2. Exercício

A descrição categorizada no contexto deste estudo como exercício, advém da multiplicidade de referências encontradas que concretizam diferentes características das atividades de exercício, entre elas a frequência, duração, intensidade, tipo e as fases das atividades de exercício (A\_55; A\_28; A\_45; A\_102; A\_103; A\_6; A\_61; A\_60; A\_94). De forma a transformar a informação extraída num esquema de visualização mais afável, incluímos o Anexo IX - Dimensões da prescrição de intervenções de exercício, que demonstra a envolvimento desta temática no *corpus* de análise em estudo.

Para além dos estudos primários, o *corpus* de análise inclui duas revisões da literatura que objetivam informação sobre as diferentes características identificadas anteriormente, que optamos por descrever isoladamente. Segundo A\_30, que reflete sobre a autogestão do regime de exercício em pessoas com fibromialgia, são apresentadas informações que relevam quanto ao tipo, duração, frequência e intensidade do exercício. Assim, relativamente ao tipo de exercício, dos estudos incluídos na revisão, é apresentado como sendo o mais adequado o exercício aeróbico, podendo incluir caminhada e natação. Reflete ainda que combinações de exercício são melhor aceites pelas pessoas. Neste estudo, a correspondência a cada uma das restantes características do regime de exercício é apresentada sob a forma de intervalo: na duração enquadra-se entre os 5 e 45 minutos; relativamente à frequência varia entre 1-4 vezes por semana; e a intensidade monitorizada através da frequência cardíaca, com uma variação no intervalo de 55 a 80% superior ao habitual da pessoa. No caso da revisão sistemática realizada por A\_84, as pessoas com doença oncológica da mama, extraímos os resultados para as mesmas características. No que concerne ao tipo de exercício é maioritário (76%) em atividades aeróbicas. A intensidade é monitorizada através do autorrelato das pessoas (19%), no entanto, há referência à utilização de taxa de esforço percebido (11%), à variação da frequência cardíaca face ao habitual (27%) e à taxa de consumo de oxigénio (5%). A duração variou no intervalo de 10-90 minutos por sessão de exercício e a frequência variou entre 2 a 7x por semana, ficando a mediana nas 3 sessões de exercício por semana.

Através da análise dos artigos fica clara a relevância de descrever os **Tipos de Exercício** mais frequentemente incluídos nas recomendações de regimes de exercício pelos enfermeiros. No Anexo X - Descrição do regime de exercício agregado por dimensão do exercício, apresentamos uma tabela com a descrição por artigo da tipologia de exercício, agrupados por exercício aeróbicos (A\_2; A\_102; A\_103; A\_108; A\_28; A\_37; A\_41; A\_42; A\_45; A\_5; A\_55; A\_59; A\_6; A\_74; A\_84; A\_61; A\_7; A\_79; A\_8; A\_94; A\_98; A\_60; A\_128; A\_118; A\_117); exercícios de força muscular (A\_2; A\_108; A\_42; A\_45; A\_6; A\_7; A\_8; A\_94; A\_60; A\_118); combinações (A\_30; A\_45; A\_125); e outros exercícios (A\_2; A\_42; A\_8; A\_79; A\_60; A\_118). Esta representação baseou-se na descrição realizada por A\_124, quando apresenta a consideração sobre subtipos de exercício, descrita na UR: “*Subgroups for exercise mode were aerobic, resistance, combined (mixed-mode) or other. Any form of exercise that was not aerobic or resistance was considered ‘other exercise’ (e.g., yoga)*”. Quando abordamos a temática da tipologia de exercício, é essencial referenciar outras dimensões, entre elas a: “*yard work in addition to intentional aerobic exercises such as walking or jogging and leisure activities such as bicycling, golfing, and bowling*” (A\_84).

No que se refere ao exercício Aeróbico, as principais referências são: a **Caminhada** (A\_102; A\_103; A\_108; A\_28; A\_37; A\_42; A\_45; A\_5; A\_55; A\_59; A\_74; A\_84; A\_61; A\_94; A\_98; A\_60; A\_128; A\_118; A\_117); o **Ciclismo** (A\_102; A\_103; A\_108; A\_28; A\_45; A\_5; A\_74; A\_84; A\_8; A\_94; A\_128; A\_118; A\_117); a **Dança** (A\_28; A\_74; A\_79); as **Aulas de Desporto**(A\_28;

A\_42; A\_45; A\_74; A\_84; A\_8; A\_94; A\_128); atividades **Aquáticas** (A\_74; A\_128; A\_117). Quanto aos exercícios de força muscular, não é possível categorizar a referência aos exercícios específicos por grupos musculares, uma vez que os mesmos são adaptados à condição da pessoa e as suas necessidades e objetivos. Por fim, a categorização referente a outro exercício inclui, essencialmente, exercícios de flexibilidade, relaxamento e alongamento (A\_108, A\_8; A\_79; A\_42; A\_2). A referência às combinações de tipos diferentes de exercícios foi referenciada como sendo, habitualmente, bem aceite pelas pessoas com condições crónicas e por permitirem adaptabilidade a algumas particularidades.

No que se refere ao tipo de regime de exercício, incluímos a **Reabilitação** direcionada para a reabilitação funcional ou orgânica, com enfoque em dois órgãos específicos, a reabilitação cardíaca (A\_74; A\_41; A\_46; A\_111) e a reabilitação pulmonar (A\_74). A utilização destes programas é claramente distinta das atividades de autogestão descritas até agora, por se tratar de programas circunscritos no tempo e com uma forte perspetiva de supervisão e presença constante dos enfermeiros. Nestes programas também são referenciados os esquemas de frequência, duração e intensidade do exercício.

Quanto à **Frequência** de exercícios incluídos num regime, o *corpus* de análise demonstra a existência de base comum, que utiliza a frequência específica de dias por semana (A\_102; A\_103; A\_108; A\_41; A\_55; A\_6; A\_84; A\_123; A\_61; A\_79; A\_8; A\_94; A\_60; A\_118; A\_117; A\_42). Identificámos situações em que a prescrição é de exercícios diários (A\_55; A\_123; A\_84).

No que concerne, à informação extraída sobre a **Duração** do exercício, encontrámos referência à prescrição de minutos por dia ou por sessão de exercício (A\_102; A\_103; A\_108; A\_55; A\_59; A\_6; A\_123; A\_61; A\_8; A\_79; A\_94; A\_60; A\_118; A\_117; A\_42). No entanto, o estudo de A\_6 apresenta uma informação adicional, descreve a duração em minutos por semana, numa tentativa de permitir flexibilidade à pessoa de optar pelos dias de realização, sem comprometer a meta semanal de exercício.

Por sua via, a **Intensidade** do exercício é fator preponderante para o regime de exercício de pessoas com condição crónica nas práticas de autogestão (A\_103; A\_41; A\_45; A\_55; A\_6; A\_61; A\_94; A\_98; A\_60; A\_128). Dessa forma, torna-se essencial identificar as intensidades prescritas nos regimes de exercício disponíveis no *corpus* de análise destes estudos. A recomendação da intensidade durante as atividades do regime variou: através da perceção da intensidade do exercício (A\_103; A\_55; A\_6; A\_61; A\_98; A\_60; A\_128), isto é, a recomendação seria do nível de intensidade, que a pessoa subjetivamente deveria acomodar; a utilização de taxa de esforço percebido (A\_41; A\_94); e a variação da frequência cardíaca face ao habitual (A\_45). Uma estratégia de recolha de dados sobre a intensidade do exercício habitual segundo orientações do *Department of Health and Human Services* (2008), é “A person can talk during a moderate intensity physical activity but

*singing is not possible; during a vigorous intensity physical activity a person needs to take a pause to take a breath before he or she can continue talking*". Esta estratégia permite que a pessoa monitorize a intensidade do exercício.

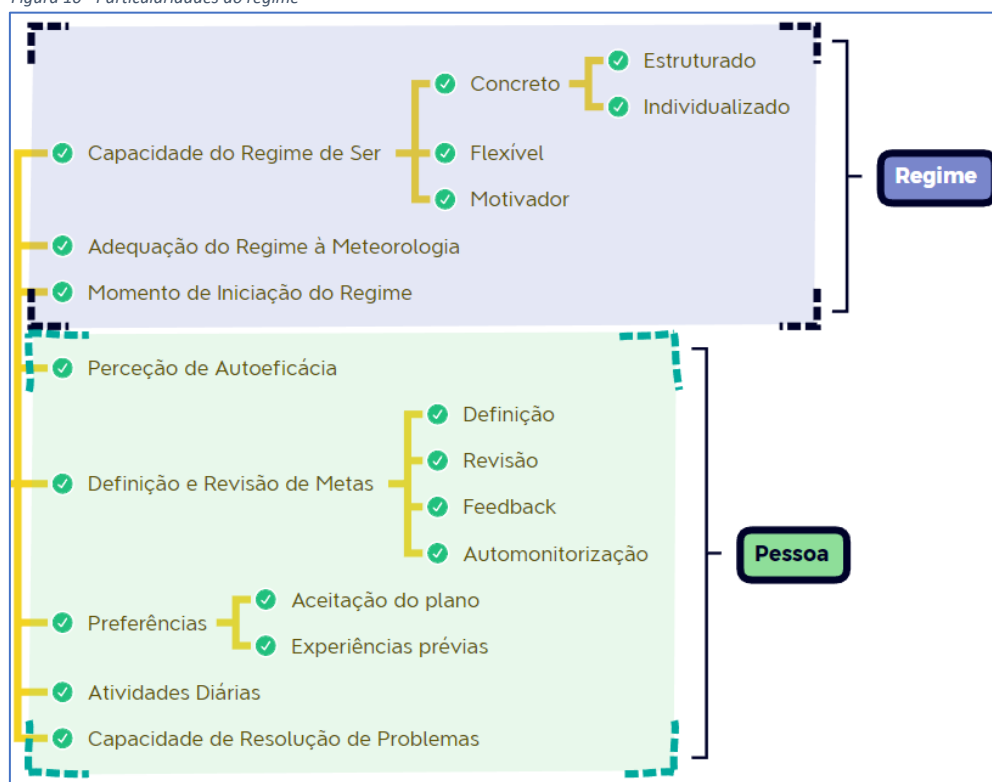
Foram extraídas UR que sustentam que a prescrição de exercício deve contemplar, não apenas as características anteriormente apresentadas, mas também uma dimensão mais operacional do exercício que é habitualmente apresentada como as **Fases do Exercício**. Os estudos apresentam 3 momentos ou fases específicas do exercício; o aquecimento ou "*Warm up*"; o exercício principal ou *corpo* da sessão de exercício; e por fim, o relaxamento ou "*cool down*" (A\_59; A\_42; A\_79; A\_118). A título de exemplo recorreremos a A\_59, quando descreve: "*The final goals of the walking protocol are composed of 5 minutes of slow walking (warm-up), 20-30 minutes of brisk walking, and 5 minutes of slow walking (relaxation)*". A fase intermédia designada por nós por exercício principal ou *corpo* da sessão de exercício é descrita nos artigos que incluem o *corpus* de análise, com a referência aos exercícios específicos a realizar pelas pessoas. Esta categorização é relevante por representar aquilo que deve incluir a prescrição de um regime de exercício.

#### 3.4.2.3. Particularidades do regime de exercício

Um regime precisa de incluir determinadas particularidades, na perspetiva de aprimorar pela especificação e adaptação à pessoa com condição crónica. Neste conjunto de particularidades incluímos o binómio particularidades relacionadas com o regime e relacionadas com a pessoa. De onde resultaram as características do **Regime**: o regime deve ser concreto, flexível e motivador; adaptado à meteorologia; e adequar o momento da iniciação. Por outro lado, as particularidades relacionadas com a **Pessoa** devem englobar: a perceção de autoeficácia da pessoa; a definição e revisão de metas; as preferências; as atividades de vida diária; e a capacidade de resolução de problemas. Na Figura 10, está disponível a representação esquemática.

Descrevendo as particularidades que se relacionam diretamente com o regime, iniciamos com a descrição da capacidade do regime de ser concreto, flexível e motivador. Da análise dos artigos incluídos, constatámos que é primordial para as pessoas que o regime de

Figura 10 - Particularidades do regime



exercício deva “**Ser concreto**”, ser exequível e personalizado à sua condição de saúde. Assim, “*there is an important need for a behavioral physical activity program that personalizes the physical activity prescription based on individual fitness levels while maintaining high task self-efficacy and physical activity enjoyment*” (A\_2). Emerge em consequência disso a necessidade de evoluir para regimes de exercício estruturados (A\_3; A\_18; A\_41; A\_113; A\_119) e individualizados (A\_5; A\_6; A\_4; A\_7; A\_13; A\_41; A\_84; A\_88; A\_106; A\_60). O regime de exercício, quando olhado na perspetiva da autogestão, carece da capacidade de **Ser Flexível** (A\_37; A\_37; A\_74; A\_98), ao ponto de se ajustar à pessoa. Permite, assim, integrar múltiplas dimensões e características, por forma a poder integrar a dinâmica diária da pessoa. Noutro extremo, encontramos a referência a que o regime de exercício deve incluir nas suas características a capacidade de **ser motivador**, como forma de potenciar a iniciação e manutenção do mesmo (A\_3; A\_108).

Outra das particularidades que deve estar incluída no regime de exercício é a necessidade de **adequação do regime à meteorologia**, uma vez que, esse é um fator influenciador dos processos de autogestão, como fica explícito na expressão “*which prescribed the exercise according to the season: walking outdoors in summer and pool-based exercise in winter*” (A\_30).

Quanto ao **momento de iniciação** do exercício, nomeadamente em pessoas após evento crítico cardíaco, deve ser o mais precoce possível, demonstrando maior efetividade na implementação e benefício para as pessoas que implementaram, ainda no contexto do internamento, as atividades do regime de exercício (A\_46).

Os aspetos relacionados com a pessoa devem ser integrados como particularidades do regime, de forma a maximizar o recurso a atividades de autogestão do regime de exercício. Voltamos a abordar uma dimensão já previamente descrita na categoria dados: a **perceção de autoeficácia da pessoa** com condição crónica, que reforça a sua relevância no âmbito das intervenções de enfermagem pela necessidade de que a pessoa concretize as atividades de exercício. Isso é condicionado pela sua perceção de ser ou não capaz de as realizar. Encontrámos essa referência na preocupação de incluir medidas ou estratégias nas intervenções para aumentar a perceção de autoeficácia das pessoas (A\_2; A\_108; A\_117; A\_123). Torna-se crucial incluir *“perceived self-efficacy (...) were considered in the perExergame prescription”* (A\_2). É descrito, ainda, que para sustentar as mudanças no comportamento é essencial utilizar estratégias para melhorar ou aumentar a perceção de autoeficácia (A\_108). Salientamos, também a UR: *“another part of being “in the same boat” was the patients’ awareness of the fact that there was usually no rehabilitation program provided for them as patients with IC [Insuficiência cardíaca]”* (A\_123), que apresenta a importância de grupos de pares para que as pessoas com determinada condição crónica, no caso Insuficiência cardíaca, tenham consciência da existência de programas adaptados à sua condição, melhorando dessa forma a perceção da pessoa sobre a capacidade de realizar as atividades de exercício.

A **definição e revisão de metas pela pessoa** foi encontrado como uma particularidade fundamental do regime de exercício uma vez que transmite a capacidade de adequação e adaptação do regime à pessoa com condição crónica, bem como aos seus objetivos e metas. Nesse sentido, recolhemos um conjunto de UR que denotam a essência de quatro dimensões essenciais neste agregador: a definição de metas; a revisão de metas; o feedback e a automonitorização como método de identificação das necessidades; e momentos de reorganização do regime. Como pressuposto para este tópico, a referência de A\_13 quando apresenta o regime de exercício como devendo ser desafiante, mas concretizável, tal como descrito *“the goal should be difficult enough that it is challenging, but it should also be possible to achieve”*.

Em múltiplos artigos foram encontradas informações sobre a importância da **definição de metas** e objetivos do regime de exercício, que pode ser interpretada como a definição e a revisão das mesmas pela sua perspetiva de continuidade. Assim, a definição do regime e dos objetivos a alcançar, conjunta entre os profissionais e as pessoas, reforça o envolvimento da pessoa nas metas a que se propõem a concretizar (A\_106; A\_108; A\_118; A\_39; A\_41; A\_56; A\_82; A\_123). Por outro lado, encontrámos artigos mais explícitos sobre a necessidade de **revisão de metas**. Esse contexto foi identificado através de descrições evidentes da

importância da adaptabilidade do regime no decorrer da implementação e manutenção do exercício (A\_108; A\_111; A\_4; A\_22; A\_79). Consubstanciamos a abordagem na seguinte UR: *“to set and evaluate goals early in the process”* (A\_108); *“review goal setting”* (A\_111). Com correlação ao exposto identificamos a forte dependência do **feedback** e suporte dado pelos enfermeiros na execução da definição e revisão das metas (A\_41; A\_55; A\_64; A\_82; A\_103; A\_3). Esta relação é apresentada na UR: *“intervention includes (...) feedback on past performance is needed to understand progress in exercise training”* (A\_41). Por fim, mas mantendo a relação com a definição e revisão de metas, releva refletir sobre a dimensão da **automonitorização** como recurso essencial, pelo facto de ser o método viável de concretizar a avaliação do alcance das metas previamente definidas (A\_13; A\_60).

Refletimos nesta fase sobre outras das particularidades que o regime deve incluir, sendo elas, as **preferências da pessoa**. No momento da definição do regime de exercício é crucial incluir as preferências da pessoa (A\_2; A\_3; A\_13; A\_128), a aceitação do regime de exercício (A\_1; A\_4; A\_117) e as experiências prévias (A\_3; A\_13; A\_60), tendo como finalidade, potenciar o compromisso da pessoa com o regime de exercício (A\_106). No que se refere às preferências da pessoa podemos, ainda, dissecar na adequação às condições de vida das pessoas (A\_128; A\_13). No que se refere à aceitação do regime de exercício, salientamos a descrição no artigo A\_1, quando refere *“recomendações devem atender às necessidades e expectativas das pessoas e, sobretudo, serem estabelecidas em comum acordo”*.

Noutro prisma, a análise dos artigos incluídos permitiu inferir que uma das características do regime é conseguir adequar-se às **atividades diárias da pessoa** (A\_13; A\_74; A\_9; A\_45), nomeadamente às atividades, como tarefas domiciliárias (A\_74; A\_9), laborais (A\_74; A\_9; A\_45) e familiares (A\_9).

Uma das temáticas bastante descrita nos artigos incluídos no *corpus* de análise foi a capacidade de **resolução de problemas** da pessoa (A\_106; A\_41; A\_39; A\_55; A\_7; A\_74; A\_102; A\_123; A\_111), sendo crucial que a intervenção e o acompanhamento realizado por enfermeiros integrem esta dimensão. Uma das formas de potenciar a resolução de problemas é a competência dos enfermeiros em assistirem a pessoa a aumentar ou melhorar a capacidade de lidar com os fatores dificultadores ou barreiras à autogestão do regime de exercício (A\_41; A\_55; A\_7). A título de exemplo, referenciamos uma estratégia utilizada baseada no desenvolvimento pelos participantes de *“três planos de enfrentamento de obstáculos, para superar barreiras previamente antecipadas”* (A\_102), com o objetivo de prever habilidades na resolução de dilemas no decorrer da implementação do plano de exercício. Por fim, reportamos a descrição mais específica de A\_111, sobre as ações dos enfermeiros nesta dimensão quando descreve: *“the CHANGE intervention consists of teaching individuals problem-solving skills ... to support exercise maintenance”*. Isto destaca a importância das estratégias de resolução de problemas na autogestão do regime de exercício.

### 3.4.3. Recursos necessários às intervenções

Da análise dos artigos incluídos ainda encontrámos referência a um conjunto de recursos necessários à implementação de intervenções de enfermagem no domínio da autogestão do regime de exercício. Esse facto contempla a necessidade de conhecer e mobilizar os diferentes recursos. Assim, optamos por uma divisão entre recursos humanos e outros recursos, que descrevemos em seguida.

No que concerne aos recursos humanos existe uma clara referência a dois níveis, as pessoas significativas para a pessoa com condição crónica e os profissionais de saúde, que neste estudo se referem aos enfermeiros ou a equipas em que os enfermeiros estejam incluídos. Em primeiro lugar, salientamos as pessoas significativas, a família (A\_74, A\_111, A\_39), outras pessoas importantes (A\_74) e os elementos de redes de suporte social (A\_74). Recolhemos UR's que apresentam também os grupos de pares para a realização de exercício (A\_106, A\_28, A\_46), demonstrando-se como fundamentais na construção de dinâmicas de grupo, na tentativa de facilitar a realização do exercício. Concluimos, ainda, que não é possível diferenciar nos artigos incluídos se o papel destes recursos se relaciona exclusivamente com as atividades do regime de exercício ou se é o suporte social reconhecido como propulsor do bem-estar quotidiano, familiar e comunitário. Por outro lado, encontrámos numerosas referências às necessidades do suporte disponibilizado pelos profissionais de saúde (A\_103; A\_13; A\_37; A\_28; A\_39; A\_41; A\_46; A\_52; A\_55, A\_82; A\_123, A\_106, A\_115).

No que se refere a outros recursos necessários no domínio das intervenções de promoção da autogestão do regime de exercício. identificámos múltiplas referências que agregamos numa tabela disponibilizada através do Anexo XI - Outros recursos. Estes recursos referem-se a **equipamentos** (A\_60; A\_74; A\_82), nomeadamente a pesos, passadeiras, bolas de exercício, elásticos de exercício e bicicletas. Para além dos equipamentos que apoiam as atividades do regime, encontrámos um conjunto variado de **dispositivos** utilizados e disponibilizados nas intervenções de enfermagem (A\_74; A\_82; A\_13; A\_3; A\_59; A\_64; A\_84; A\_123; A\_108; A\_37; A\_45; A\_118; A\_55). Identificámos um conjunto de estudos que apresentam a incorporação de diferentes recursos de automonitorização, entre eles: pedómetros (A\_108; A\_13; A\_3; A\_37; A\_45; A\_59; A\_64; A\_74; A\_118; A\_84; A\_82; A\_123) como o dispositivo de eleição nos artigos que compõem o *corpus* de análise; os *smartphones* (A\_64; A\_55); e os dispositivos de avaliação de frequência cardíaca (A\_3).

Uma referência muito frequente no *corpus* de análise, foram os **diários de exercício** (A\_103, A\_111, A\_13, A\_3; A\_61; A\_59; A\_60; A\_84; A\_123), como método para a manutenção e

realização da automonitorização. A sua utilização, habitualmente, foi descrita como meio da validação dos profissionais das atividades do regime de exercício realizadas pela pessoa, bem como método de autorreflexão sobre o seu regime de exercício.

Outros recursos utilizados estão relacionados com **ferramentas de comunicação e transmissão** da informação, assim como com as tecnologias de informação e comunicação, sendo eles: os panfletos e documentos disponibilizados às pessoas (A\_108; A\_22; A\_39; A\_44; A\_59; A\_60; A\_74; A\_8; A\_82), o material audiovisual (A\_106; A\_74), a utilização de sites e Apps (A\_4), a utilização do correio eletrónico (A\_82), a realidade virtual (A\_46) e, ainda, os videojogos (A\_2; A\_3).

#### 3.4.4. Estratégias das intervenções

Da análise dos artigos foi possível inferir que as **estratégias das intervenções**, também apresentam impacto na autogestão através: da metodologia de implementação da intervenção, num formato individualizado ou em grupo; um segundo ponto relaciona-se com a forma de implementação; e por fim, o contexto onde é implementado o regime de exercício.

Múltiplos estudos incluídos no *corpus* de análise integram informação sobre a **metodologia de implementação de intervenções** de enfermagem individualizadas e que resultam da interação entre os profissionais de saúde e as pessoas com necessidades de autogestão (A\_60, A\_5, A\_6, A\_4, A\_7, A\_13, A\_41, A\_88, A\_84, A\_106). Neste contexto, recorreremos a informação disponibilizada no estudo A\_82, revisão da literatura, que demonstra que 43% dos estudos incluídos utilizam uma metodologia individualizada, como demonstrado na UR: *“with regards to the format of physical activity interventions, 27 (43%) studies consisted of an individual physical activity format”*. Contudo, a metodologia de implementação, não é unânime, uma vez que algumas intervenções são em grupo (A\_8; A\_13; A\_100; A\_111; A\_39; A\_60; A\_79; A\_118; A\_123). Em contraponto, existem combinações de métodos de implementação, recorrendo a estratégias individuais e em grupo, como apresentado pela revisão realizada por A\_82, quando identifica a presença desta metodologia em 25% dos estudos incluídos na revisão.

A **forma de implementação das intervenções** pode ser presencial ou à distância. Devido à evolução tecnológica, a principal forma de implementação de intervenções à distância é reconhecidamente o telefone (A\_103; A\_14; A\_41; A\_44, A\_61; A\_60, A\_36, A\_82). No entanto, outras formas foram encontradas, como o correio eletrónico (a\_46), apps (a\_113;

a\_4), sites (a\_113; a\_4) e a telemedicina (A\_46). As intervenções de enfermagem mais recorrentemente realizadas, relacionam-se com o seguimento e o *follow-up*, para identificar a evolução do regime ou da condição de saúde (A\_103; A\_14; A\_41, A\_44; A\_61, A\_60, A\_36, A\_36, A\_82). Por outro lado, a forma de implementação convencional é a estratégia presencial (A\_39, A\_60, A\_117), existindo ainda a descrição relacionada com as visitas domiciliárias, realizadas de forma presencial, mas no contexto da pessoa (A\_39).

Quanto ao **contexto de realização das intervenções**, relacionadas com o regime de exercício salientam-se as unidades de saúde (A\_46), ginásios (A\_74, A\_45), em casa (A\_3; A\_106; A\_41; A\_52; A\_60; A\_45; A\_82), infraestruturas comunitárias (A\_74, A\_45), estruturas para idosos (A\_74), e escolas (A\_74).

## CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, e após o mapeamento dos dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, discutiremos os resultados obtidos nesta SR. No decorrer do estudo, deparamo-nos com algumas dificuldades que constituem algumas das suas limitações e que discutiremos, também, neste capítulo. Ao longo deste capítulo, incluiremos a argumentação que sustenta a agregação da informação disponível na literatura e incluída no *corpus* de análise, no MCD proposto.

### 4.1. Diferenciação de conceitos

Apesar dos resultados apresentados anteriormente já elucidarem a temática, cabe-nos nesta fase refletir sobre a problemática da divergência de conceitos e interpretações evidenciadas na literatura consultada e que compõem o *corpus* de análise. Neste ponto, identificámos alguns binómios que foram impactantes na análise e que careceram de uma decisão da equipa de investigação, entre eles, as descrições divergentes do termo **adesão /adherence**, que em múltiplas situações era nos estudos consultados um sinónimo de atividades de autogestão. Apesar disso, e a partir das publicações, assumimos a inferência de que adesão/não adesão corresponde à medida em que o comportamento da pessoa segue /não segue as recomendações sugeridas ou acordadas. Por esse motivo, neste estudo a inclusão de artigos que se reportam ao conceito de adesão só foi ponderada após análise do conteúdo integral do documento. Esta decisão resultou do facto de corroborarmos da opinião de Oliveira (2015, p. 73) que refere que a “não adesão” descreve “*a condição, pode não carecer de intervenção de enfermagem, dado poder traduzir uma intenção livre e informada do doente que toma uma decisão que não é consonante com a prescrição do profissional*”.

De salientar que integrámos no *corpus* de análise os artigos que apresentavam planos ou programas de exercício, em que a **responsabilidade de gerir as atividades do regime de exercício** fosse tida e assumida pelas pessoas. Dessa forma, foram excluídos os casos em que a responsabilidade sobre o plano de exercício fosse gerida pelos profissionais de saúde, enfermeiros ou equipas. Nesta situação, identificámos a relevância da relação entre o enfermeiro e a pessoa, considerando que a relação se baseia na parceria assente nas

competências específicas de cada uma, por forma a promover a tomada de decisão consciente pela pessoa (Bastos & Lopes, 2004).

Outro aspeto que inicialmente suscitou alguma reflexão prende-se com a utilização, na literatura consultada, de diferentes termos referentes ao **autocuidado** no âmbito do exercício. Assumimos, para efeitos do estudo, o conceito de autocuidado e gestão do regime terapêutico como sinónimos de autogestão (Self-management), reconhecendo que o conceito de autocuidado é um conceito mais abrangente e que inclui a autogestão (Richard & Shea, 2011; Gonçalves, 2017). De forma semelhante, os conceitos de tratamento e terapêutica, relacionados com o regime de exercício, foram também incluídos, nesta definição. Consideramos que estes conceitos refletem o âmbito da autogestão, por reconhecermos a existência de tratamento por exercício, terapêutica do exercício, bem como as atividades de autocuidado no âmbito do regime de exercício.

Por último, e já identificada ao longo do capítulo que enquadra o trabalho, foi a **referência a exercício, exercício físico e atividade física**. Estes conceitos representam dimensões muito semelhantes, podendo ser considerados dimensões mais ou menos abrangentes do mesmo domínio. No entanto, para nós foi essencial identificar um conjunto de critérios que nos permitisse distinguir claramente os vários conceitos envolvidos e nem sempre claros na literatura consultada. Dessa forma, a diferenciação de conceitos foi baseada na interpretação de que a atividade física determina todos e quaisquer mecanismos de movimento muscular que produza dispêndio energético, onde se incluem as atividades domésticas, deslocações e atividades recreativas. Por outro lado, o exercício foi considerado como uma subcategoria da atividade física, que relaciona o regime (ou plano) estruturado de integração de atividades de exercício nos domínios de atividade das pessoas com condições de saúde crónicas. Este regime apresenta um objetivo terapêutico de manutenção ou minimização do impacto da condição de saúde da pessoa no seu quotidiano (Lahart et al., 2018; WHO, 2016; Tao et al., 2017; Briffa et al., 2006; Du et al., 2012). Incluída esta contextualização, optamos, neste estudo, por integrar publicações que se reportavam à atividade física. Apenas excluímos aqueles artigos que se referiam à atividade física, mas que não tivesse um objetivo terapêutico através de um regime de exercício estruturado ou individualizado.

Ao longo da análise dos conteúdos dos artigos, deparamo-nos com informações passíveis de ser interpretadas em múltiplas dimensões da atuação dos enfermeiros. Por esse motivo, sentimos a necessidade de, por vezes, incluir uma mesma UR em mais que uma categoria. Este aspeto encontra a sua justificação na multiplicidade de razões para a ação das pessoas com condições de saúde crónicas.

## 4.2. Desenvolvimento e fundamentação do MCD

A utilização de um SI possibilita aos enfermeiros maior agilidade na concretização dos objetivos da documentação dos cuidados, nomeadamente: sustentar o processo de tomada de decisão; partilhar informações e promover a continuidade de cuidados (Pereira et al. 2011). Por outro lado, a utilização de plataformas eletrónicas também permite monitorizar a qualidade assistencial e produzir indicadores. Com vários anos de experiência no desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem, o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação (CIDESI) da ESEP realizou uma investigação global, com o objetivo de construir MCD's que representem domínios de intervenção autónoma da enfermagem, baseados em arquétipos incluídos na arquitetura dos SI (Paiva et al., 2014; Cruz et al., 2016). Esse trabalho também resultou da harmonização dos diferentes enunciados de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, anteriormente disponíveis nos SI em utilização em Portugal. A existência de diferentes formas de descrever as mesmas necessidades ou condições, ou seja, diferentes sintaxes para a mesma semântica, limitam a interoperabilidade entre sistemas, bem como, a construção e governação de indicadores que utilizam a informação produzida pelos enfermeiros (Cruz et al., 2016; Garde et al., 2009), motivo pelo qual foi relevante analisar a parametrização dos SI em uso. No desenvolvimento da investigação foram criados MCD que sustentaram a conciliação de conceitos, de forma a permitir dar resposta a estas limitações.

Como já apresentado, um MCD representa-se através de dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Para além disso, incluem as relações entre cada um deles. Nesse contexto, os dados representam as unidades de informação que os enfermeiros recolhem, na perspetiva de reconhecer as necessidades potenciais ou pré-existentes da pessoa; os diagnósticos representam a decisão clínica do enfermeiro face aos dados colhidos; e, por fim, as intervenções representam a ação que o enfermeiro implementa para obter um resultado na condição da pessoa (Silva, 2011). A concretização destes conceitos é chancelada por uma entidade abstrata designada de “integridade referencial”, que se apresenta como a relação congruente e bidirecional, entre os dados e os diagnósticos; os dados e as intervenções; e entre os diagnósticos e as intervenções (Silva, 2006). A NursingOntos, apresenta uma arquitetura hierárquica de lógica pericial, disponibiliza as relações entre os conceitos e tem representados diferentes domínios de atividade dos enfermeiros. A sua concretização e aplicação num SI permitirá ser, também, um sistema de apoio à tomada de decisão clínica dos enfermeiros (Peace & Brennan, 2009; Pereira & Silva, 2010).

Este estudo relativo ao domínio da autogestão do regime terapêutico, na sua componente - regime de exercício, discutirá os resultados obtidos, sustentando-se, também, nos itens que constam na NursingOntos, validando, acrescentando ou especificando conteúdos relevantes para a decisão clínica dos enfermeiros, nesta área temática.

A pessoa com doença crónica gere a sua condição de saúde, incluindo o regime terapêutico, influenciada por um conjunto de fatores internos e externos. Neste processo, podem ocorrer situações de instabilidade que comprometam a vivência de uma transição saudável, pelo que é um desafio que é colocado à enfermagem e aos enfermeiros (Bastos, 2015). Com os resultados apresentados no capítulo anterior, atingimos o ponto para responder ao quarto e último objetivo deste estudo, que faz referência à construção de uma proposta de MCD, como ferramenta que permita aos enfermeiros a representação do seu exercício profissional. Neste alinhamento, e baseados nos resultados, passamos a apresentar uma proposta de MCD que integre esses conteúdos.

Consideramos em primeiro lugar descrever a informação recolhida que permite ao enfermeiro caracterizar o padrão de exercício da pessoa. Nesta dimensão, a literatura consultada agrega cinco componentes do padrão, entre eles: o tipo; a frequência; a duração; a intensidade e as fases do exercício. Esta caracterização do padrão permite aos enfermeiros claramente identificar uma das diferenciações incluídas neste estudo, sendo ela a diferença entre atividade física e exercício (Briffa et al., 2006). Em consonância com os resultados, consideramos que a caracterização do padrão de exercício deve conter a especificação: **Tipo:** aeróbico, força muscular, flexibilidade e alongamento, e combinações; **Frequência:** número que corresponde ao número de vezes por semana; **Intensidade:** vigoroso, moderado ou leve. Dessa forma, é possível incluir dados da frequência, intensidade e tipo de exercício, na caracterização do padrão na documentação dos enfermeiros. Estes conteúdos excedem os disponibilizados na NursingOntos, que se circunscrevem à duração em minutos e/ou horas dia ou duração semanal. Na NursingOntos existe a referência a tempo de atividade física em atividades de lazer e atividades laborais, que são dados importantes para adequar o tipo de regime de exercício. Contudo, este tipo de atividade, no caso da pessoa com condição crónica, pode não substituir o regime de exercício mais adequado considerando o propósito específico (Briffa et al., 2006; Thompson et al., 2003). Posteriormente, apresentaremos dados que corroboram a relação com as atividades diárias, incluindo as de lazer e laborais. A forma de recolha de informação mais recorrente que encontramos foi o autorrelato, que proporciona a descrição sobre a caracterização do padrão de exercício pela pessoa. Encontramos duas estratégias que permitem inferir um juízo clínico. Estas estratégias passam pela forma de colocação de questões balizadas num período temporal de sete dias (Bastos, Severo & Lopes, 2007; Booth, 2000; Toobert et al., 2008; Alayon & Mosquera-Vásquez, 2008; Bastiaens et al., 2009) ou de 30 dias (McEachan et al., 2008; Rodrigues et al., 2013), levando a pessoa a focar-se e a refletir sobre o exercício realizado num período temporal específico.

A avaliação da mestria na autogestão do regime de exercício parece-nos que também pode ser representada sobre a forma de comportamento e, por isso, ter lugar numa representação documental. Dessa forma,

Figura 11 - MCD - Autogestão do Regime de Exercício

enquadramos alguns dados que os enfermeiros recolhem para inferir sobre o processo de autogestão. Numa perspectiva de maior especificidade, consideramos necessário incluir a descrição da concretização do exercício e a automonitorização do regime. Salientamos as características definidas na automonitorização como fundamentais, balizadas em dois pressupostos: a capacidade da pessoa

Dados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretização do regime de exercício</li> <li>• Automonitorização do regime de exercício</li> </ul>
Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• potencial [10015151] para melhorar autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]</li> </ul>
Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliar evolução [10007066] do regime de exercício [10023667]</li> <li>• avaliar [10002673] fatores dificultadores do regime de exercício [10023667]</li> <li>• analisar [10002298] com a pessoa fatores influenciadores do regime de exercício [10023667]</li> <li>• analisar [10002298] com a pessoa a relação entre complicações [10025459] e a inatividade física</li> <li>• analisar [10002298] com a pessoa a progressão [10015789] da autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]</li> <li>• analisar [10002298] com a pessoa a relação entre o regime de exercício [10023667] e a evolução da condição</li> <li>• assistir [10002850] a pessoa a reorganizar o estilo de vida</li> <li>• assistir [10002850] a pessoa a definir o regime de exercício [10023667]</li> <li>• contratualizar [10005119] com a pessoa o regime de exercício [10023667]</li> <li>• negociar [10013037] com a pessoa o regime de exercício [10023667]</li> <li>• envolver [10010877] a pessoa significativa no regime de exercício [10023667]</li> <li>• incentivar [10012242] a automonitorização [10052146] do regime de exercício [10023667]</li> <li>• informar [10010162] sobre recursos da comunidade [10004733]</li> </ul>

identificar objetivamente a concretização dos objetivos ou não; e o paradigma imposto que impõe reflexão sobre os resultados através do regime e a evolução na sua condição de saúde (Heneghan et al., 2006; Gleeson-Kreig, 2006; Anderson & Taylor, 2014). Sugerimos, assim, a inclusão do diagnóstico de enfermagem: “potencial [10015151] para melhorar autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]”. Nesta dimensão, sugerimos incluir informação que não se encontra representada na NursingOntos, o que impõe a construção de enunciados de intervenções, aos quais recorreremos aos resultados apresentados no capítulo anterior. Sendo elas: “avaliar evolução [10007066] do regime de exercício [10023667]”; “avaliar [10002673] fatores dificultadores do regime de exercício [10023667]”; “analisar [10002298] fatores influenciadores do regime de exercício [10023667]”; “analisar [10002298] a relação entre complicações [10025459] e a inatividade física”; “analisar [10002298] progressão [10015789] da autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]”; “analisar [10002298] a relação entre o regime de exercício [10023667] e a evolução da condição”; “assistir [10002850] a reorganizar o estilo de vida”; “assistir [10002850] a definir o regime de exercício [10023667]”; “contratualizar [10005119] regime de exercício [10023667]”; “negociar [10013037] o regime de exercício [10023667]”; “envolver [10010877] no regime de exercício [10023667]”; “envolver [10010877] a pessoa significativa no regime de exercício [10023667]”; “incentivar [10012242] a automonitorização [10052146] do regime de exercício [10023667]”; “Informar [10010162] sobre recursos da comunidade [10004733]”.

Após a abordagem aos dados que caracterizam a autogestão passamos a refletir sobre os dados que podem ter impacto na forma como a pessoa vivencia o processo de transição

saúde/doença. Na apreciação do enfermeiro para ajuizar sobre como está a decorrer o processo adaptativo da pessoa, no que concerne à integração do regime de exercício, há vários aspetos sobre os quais o enfermeiro deve recolher dados, de acordo com Meleis (2001): consciencialização; envolvimento; conhecimento; atitude; crenças; significado; e a perceção de autoeficácia.

A representação do juízo clínico do enfermeiro é de extrema relevância. Nesse sentido, a opção tomada foi de integrar a forma de representar a decisão clínica face aos dados tal como descrito na NursingOntos através das seguintes expressões: *“necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir”*; *“necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir”*; *“facilitador”* (NursingOntos). A opção exibida, com a qual concordamos, descreve face a determinado dado a decisão do enfermeiro quanto ao impacto na transição, bem como a decisão se a circunstância temporal para a ação é a apropriada. Estamos conscientes de que os dados recolhidos precisam de ser obtidos em diversos momentos, nomeadamente: antes da pessoa iniciar o regime; em períodos para avaliar a manutenção; e sempre que a pessoa, por alguma razão, interrompe as atividades do regime.

Os aspetos relativos aos processos adaptativos foram identificados por Meleis et al. (2000) como propriedades e fatores que favorecem ou dificultam a vivência de uma transição. Estes são, também, aspetos evidenciados no modelo de adaptação de Roy (2009), em que o autoconceito incorpora aspetos psicológicos e espirituais da pessoa, compostos pelas convicções e sentimentos que são formalizados através de perceções internas e externas.

A falta de consciencialização da condição de saúde e do impacto pessoal, familiar e social poderá induzir dificuldades na vivência do processo de transição (Bastos, 2015). O destaque atribuído à consciencialização, enquanto propriedade da transição, interpela-nos para uma das propriedades que é crucial nos processos de autogestão do regime terapêutico. A consciencialização é entendida como a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da vivência da transição. Assim sendo, é relevante conhecer a consciencialização de modo a antecipar como vai evoluir a transição (Meleis et al., 2000). À medida que a pessoa se vai consciencializando da doença e das mudanças que vai ter de efetuar, isto transporta-a para uma atitude de maior dinâmica na autogestão do regime terapêutico, que inclui o regime de exercício (Franco et al., 2007; Oliveira, 2015). A interligação dos conceitos permite-nos inferir que pode haver uma relação entre a diminuta integração de atividades do regime de exercício e os níveis de consciencialização da pessoa com condição crónica que vivencia uma transição saúde-doença (Bastos, 2015; Oliveira, 2015).

Os resultados do estudo apontam para que a consciencialização seja uma área de atenção dos enfermeiros, no intuito de ajuizar acerca de algum potencial da pessoa para a melhorar e, desta forma, facilitar o seu processo adaptativo. Por todas estas razões apontadas, sugerimos que o MCD possa incorporar uma maior especificação dos dados objetivando,

especificamente, a consciencialização sobre: o reconhecimento e percepção da importância do regime de exercício; a necessidade de mudar o comportamento anterior; e os benefícios de integrar um regime de exercício.

Quando os dados apontam para uma consciencialização dificultadora, mas com potencial de ser melhorada, o diagnóstico pode ser nomeado como “**potencial [10015151] para melhorar consciencialização [10003083] sobre a importância do regime de exercício [10023667]**”. Esta sintaxe é coerente com a construção sintática dos diagnósticos descritos na NursingOntos. De forma a promover a consciencialização, propomos a integração das seguintes intervenções de

enfermagem: “avaliar evolução da consciencialização sobre a importância do regime de exercício”; “contratualizar com o cliente experiência indutora da consciencialização”; “analisar com o cliente a relação entre exercício e a prevenção de complicações”; e “analisar com o cliente os benefícios do exercício”. As intervenções propostas têm como suporte sintático o enunciado das intervenções agregadas na NursingOntos no domínio da consciencialização.

Figura 12 - MCD - Consciencialização

Dados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece a importância do exercício</li> <li>• Reconhece a necessidade de mudar</li> <li>• Reconhece os benefícios de integrar o regime de exercício</li> </ul>
Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial [10015151] para melhorar consciencialização [10003083] sobre a importância do regime de exercício [10023667]</li> </ul>
Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliar evolução da consciencialização sobre a importância do regime de exercício;</li> <li>• contratualizar com o cliente experiência indutora da consciencialização;</li> <li>• analisar com o cliente a relação entre exercício e a incidência de complicações;</li> <li>• analisar com o cliente os benefícios do exercício</li> </ul>

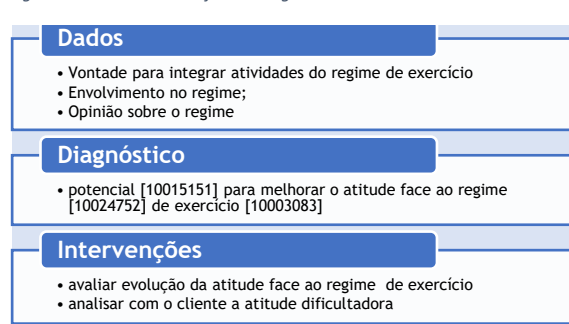
A NursingOntos, apresenta no domínio da autogestão do regime de exercício, os dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem que representam a consciencialização da pessoa sobre quatro relações. Consideramos importante de referi-las e integrá-las, uma vez que têm relação com a literatura consultada. As relações apresentadas interligam o exercício com o controlo da glicemia, da pressão arterial, do peso e a tolerância à atividade. Em consequência, são apresentados os enunciados de diagnósticos de enfermagem que se concretizam com o “*potencial para melhorar consciencialização da relação entre o exercício ...*”, conjugado com “*o controlo da glicemia*”, “*o controlo da pressão arterial*”, “*a tolerância a atividade*”, e “*o peso corporal*”. As intervenções definidas na NursingOntos integram a avaliação da evolução da consciencialização sobre a relação entre o exercício e qualquer um dos fatores que apresentamos anteriormente. No que se refere à ação do enfermeiro, na perspetiva de alterar o reconhecimento e a percepção da transição, são explanados dois tipos de ação, a contratualização e análise com a pessoa, representado através das intervenções: “contratualizar com o cliente experiência indutora da consciencialização” e “analisar com o cliente a relação entre o exercício e ...” o controlo da glicemia, a pressão arterial e o peso. Quanto à relação com a tolerância à atividade destacamos o resultado do estudo, que se consensualizou ser representado através da intervenção - analisar [10002298] a relação entre o exercício [10023667] e a tolerância atividade [10024878]. Corroboramos a opinião de Bastos et al. (2022, p. 87), quando refere que as “as sintaxes das intervenções

são frequentemente de o tipo “Analisar... e “Assistir...” em que a ação do enfermeiro é promover a reflexão” com as pessoas. O papel do enfermeiro é, assim, de consultor interventivo na perspetiva de melhorar a informação disponível à pessoa para a tomada de decisão da mesma.

Evoluímos na contextualização da modelação clínica dos dados, referindo os fatores que condicionam, enquanto facilitadores ou dificultadores na evolução para a mestria ou para a transição saudável. Nestas condicionantes, enquadrámos algumas dimensões dos processos adaptativos como: a atitude face ao regime; as crenças; os significados; a perceção de autoeficácia para o exercício; o conhecimento e a capacidade da pessoa.

Iniciamos com a atitude face ao regime, que se relaciona com as opiniões e os atributos pessoais, que possibilitam identificar perfis (Bastos, 2015). Nesse contexto, a referência a atitude face ao regime deverá ser aferida

Figura 13 - MCD - Atitude face ao regime

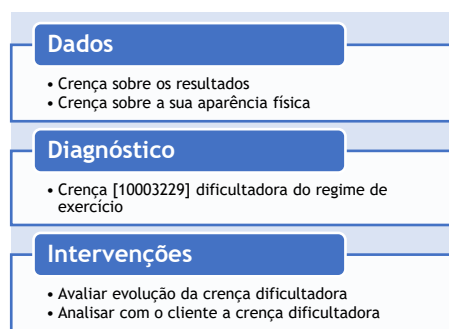


pela disponibilidade da pessoa (envolvimento), bem como pelas suas convicções para integrar o regime, podendo ser facilitadora ou necessitar de evolução. Numa perspetiva de maior especificação, sugerimos incluir a vontade da pessoa para integrar atividades do

regime de exercício, o envolvimento no regime e opinião sobre o regime. Seguindo-se o juízo clínico do enfermeiro deve ser representado pelos dados de origem de linha da NursingOntos. A proposta de enunciado diagnóstico que dá resposta à necessidade aqui identificada, segue a linha de orientação da NursingOntos e é representada pelo enunciado “potencial [10015151] para melhorar a atitude face ao regime [10024752] de exercício [10003083]”, em contraponto com uma proposta identificada no ICN (2019) de um enunciado “atitude face ao regime de exercício dificultadora”. A proposta vai de encontro à referência da utilização de status diagnósticos que evitem as conotações negativas nos seus enunciados (Cruz et al., 2016). Seguindo-se, a ação do enfermeiro deve manter os paradigmas até aqui apresentados, representada nas seguintes intervenções, nomeadamente: “avaliar evolução da atitude face ao regime de exercício” e “analisar com o cliente a atitude dificultadora”.

Seguimos com as reflexões sobre as crenças, que estão relacionadas com as perceções e convicções da pessoa face determinada temática.

Figura 14 - MCD - Crença

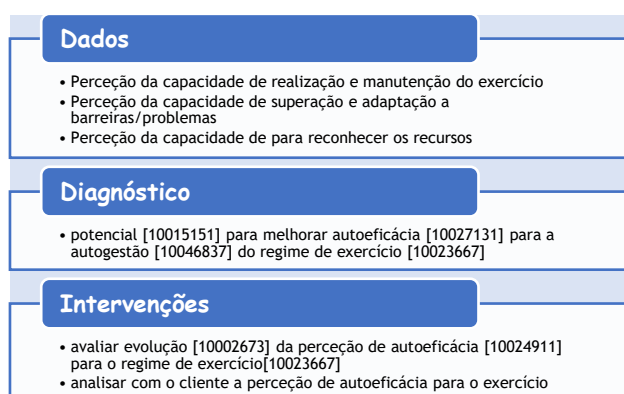


Neste estudo foram identificadas como fatores influenciadores da autogestão do regime de exercício, corroborando os resultados de outros estudos (Schulman-Green et al. 2016). Acresce que as crenças podem resultar de influências culturais, religiosas e até relacionadas com a saúde, que pelo facto de se relacionar com as convicções da pessoa,

podem produzir um impacto considerável na autogestão do regime terapêutico. No que se refere aos dados, poderiam ser verificados numa única validação genérica ou, numa perspetiva de maior granularidade, em duas dimensões distintas, pelas perspetivas ou convicções sobre os resultados e sobre a sua aparência física. Esta multiplicidade de possíveis convicções e perceções, é de salutar relevância ser incluída na pesquisa dos enfermeiros sobre os factos que podem limitar os processos de autogestão. Em sequência, este domínio carece de representação no processo de enfermagem, através de um enunciado diagnóstico, que propomos ser “Crença [10003229] dificultadora do regime de exercício [10023667]”, em contraponto com a proposta do ICN (2019) que se apresenta como “Crença errónea [10047002]”. Em consequência, propomos a integração de duas intervenções que respondam como a ação do enfermeiro para resolver ou minimizar o impacto das crenças nas atividades de autogestão, sendo elas, “avaliar evolução da crença dificultadora” e “analisar com o cliente a crença dificultadora”.

A perceção de autoeficácia é uma dimensão com impacto reconhecido na autogestão do regime, nomeadamente, por se caracterizar como a convicção pessoal de ser capaz de alcançar uma meta pretendida em relação à sua saúde (Clark & Dodge, 1999; Bastos, 2015; Boyne et al., 2014). No caso concreto deste estudo, em que o domínio é a particularidade do regime relacionada com o exercício, o seu impacto ainda se torna de maior relevância, pelos aspetos relacionados com os processos corporais e psicológicos envolvidos que podem dificultar esta perceção. Nesse contexto, para o juízo clínico sobre a perceção de autoeficácia para o exercício, os dados referem-se à perceção sobre a capacidade para: iniciar, manter e retomar o exercício; superar as dificuldades e adaptar-se às mesmas; utilizar os recursos de que dispõe ou pode aceder. Na representação dos dados no SI, estes podem ser incorporados: num único dado - autoeficácia para o exercício - dados sobre a perceção da capacidade para a sua concretização; ou, um maior nível de especificação com dados sobre a perceção da capacidade de realização e manutenção do exercício; perceção da capacidade de superação e adaptação a barreiras/problemas, e perceção da capacidade para reconhecer os recursos. No menor nível de granularidade, o juízo do enfermeiro deve ter em conta outros dados, mesmo que no SI eles não estejam representados. Neste caso, é como se fosse uma espécie de atividades que concretizam ou orientam o enfermeiro para a apreciação daquele dado.

Figura 15 - MCD - Perceção de Autoeficácia



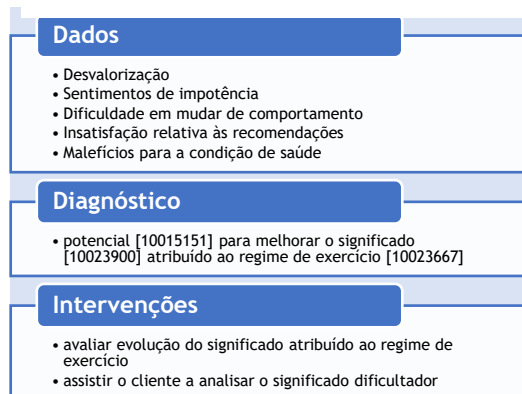
Nesse sentido, quando o enfermeiro identifica uma necessidade de evolução na perceção de **autoeficácia para o exercício**, precisa de explorar um outro conjunto de dados: dados

referentes aos fatores que interferem na percepção de autoeficácia. Encontramos explícitos na literatura utilizados aspetos referentes a experiências prévias de sucesso, reconhecimento do sucesso em outras pessoas com condições idênticas, incentivo de pessoas confiáveis e a obtenção de resultados clínicos favoráveis. Esta identificação pode ajudar a identificar, em concreto, as áreas de intervenção e são coerentes com a Teoria de Bandura (Bandura, 1974). Salienta-se que os dados precisam de ser obtidos em diversos momentos, nomeadamente: antes da pessoa iniciar o regime; em períodos para avaliar a manutenção; e sempre que a pessoa, por alguma razão, interrompe as atividades do regime. Este resultado é coerente com o modelo de mudança de comportamento de Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982).

Partindo para a representação desta necessidade em cuidados, o enunciado diagnóstico proposto é: “potencial [10015151] para melhorar autoeficácia [10027131] para a autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]. Evoluindo na descrição do domínio, refletimos sobre as ações dos enfermeiros, onde sugerimos a integração das intervenções de enfermagem: “avaliar evolução [10002673] da percepção de autoeficácia [10024911] para a autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]” e “analisar com o cliente a percepção de autoeficácia para a autogestão do regime de exercício”. Foram referenciadas na literatura que compõem o *corpus* de análise, ações de enfermagem que categorizam um tipo de ação que se relaciona a transmissão de conhecimento sobre estratégias de promoção da autoeficácia para o exercício. Todavia, na nossa opinião não incluímos na proposta, por considerarmos que essas estratégias para melhorar a percepção da pessoa da sua capacidade de realizar e manter o exercício se adquirem em resposta a outras dimensões, como o conhecimento, os significados e/ou as crenças, que se enquadram noutras dimensões da modelação de dados proposta.

Os significados atribuídos ao regime de exercício apresentam-se como um facto influenciador da autogestão do regime de exercício, em especial na relação com o nível de envolvimento que a pessoa inclui na transição, sendo estes habitualmente ajustados ou alterados pela informação adquirida, habilidades, crenças e conhecimento (Bastos, 2015). Os resultados do estudo permitem destacar vários significados, sendo eles: desvalorização; sentimentos de impotência; dificuldade em mudar de comportamento; insatisfação relativa às recomendações; e malefícios para a condição de saúde. Este dado “significado atribuído ao regime” poderia, assim, constituir-se como um dado único com valores diferentes. Apesar de termos identificado nos estudos incluídos significados facilitadores, como: o controlo da condição de saúde (Husebo et al., 2015; Davila, 2010; Al-Dalaen & Al-Wahsh, 2022), e a

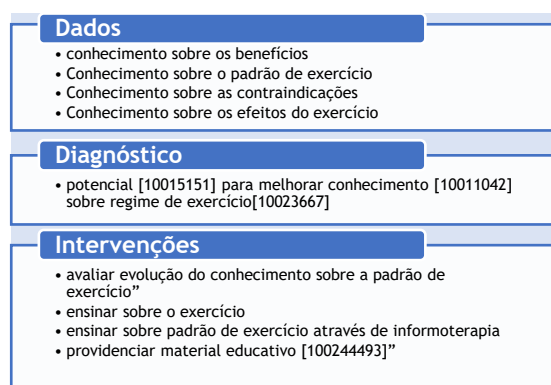
Figura 16 - MCD - Significado atribuído ao regime



satisfação na realização do exercício (Davila, 2010; Al-Dalaen & Al-Wahsh, 2022; Kanavaki et al., 2017; Helmink et al., 2010), consideramos como não relevante a sua inclusão no MCD enquanto dado indutor de um diagnóstico de enfermagem, uma vez que daí não advém qualquer necessidade em cuidados. Na NursingOntos a proposta para o juízo clínico do enfermeiro é representada através do diagnóstico, “potencial [10015151] para melhorar o significado [10023900] atribuído ao regime de exercício [10023667]”, sendo as intervenções com integridade referencial para o diagnóstico e para os dados, as seguintes: “avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício” e “assistir o cliente a analisar o significado dificultador”. Neste caso, esta representação parece acomodar os nossos resultados, sugerindo-se apenas que possam ser incluídos outros valores ao dado “Significado atribuído ao regime”.

O conhecimento, também é reconhecido como um fator primordial na evolução para a mestria em qualquer processo de transição. Salientamos que essa evolução não apenas se relaciona com a evolução no conhecimento, mas também pelo impacto do mesmo em outras dimensões dos processos adaptativos, como os significados, as atitudes, as crenças e a percepção de autoeficácia (Bastos, 2015, Gonçalves, 2017). Os níveis de conhecimento são fulcrais no processo de tomada de decisão da pessoa, correspondendo com um aumento dos comportamentos preventivos, bem como induz a resposta a significados, crenças e superação de habilidades que influencia o fluxo da transição (Schulman-Green et al., 2016). Assim, para que a pessoa seja capaz de realizar atividades de exercício, esta deve apresentar um conjunto mínimo de conhecimentos. Face

Figura 17 - MCD - Conhecimento sobre o regime de exercício



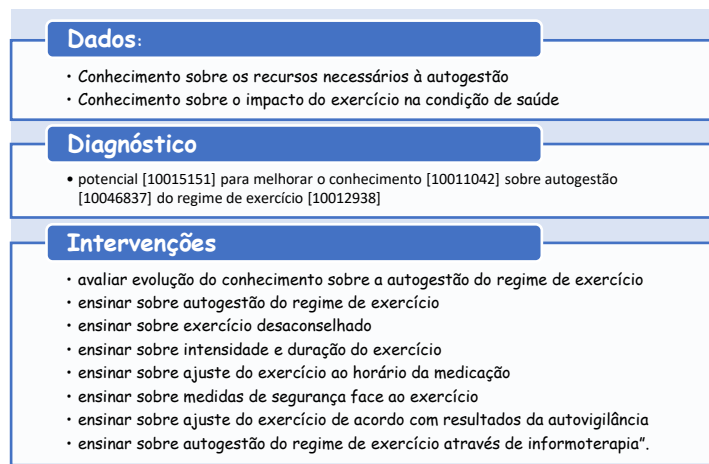
aos resultados deste estudo, apresentamos em primeiro lugar uma proposta de refinamento dos dados, com a inclusão do conhecimento sobre os benefícios do exercício, especificidade do regime de exercício, contra-indicações de alguns tipos de exercício e efeitos do exercício sobre os processos corporais e mentais. Em todo o caso, pode optar-se por uma perspectiva de menor diferenciação de informação, com a referência, apenas, do conhecimento sobre o regime de exercício, como disponibilizado na NursingOntos. Por consequência, quando o juízo do enfermeiro encontra uma necessidade, é imperativo enunciar o diagnóstico que a represente: “potencial [10015151] para melhorar conhecimento [10011042] sobre regime de exercício [10023667]”. Apesar de na literatura termos encontrado referência aos juízos “insuficiente” e “baixo”, consideramos que esta identificação diagnóstica descreve uma visão da enfermagem que se centra mais naquilo que são as potencialidades da pessoas serem melhores, em detrimento daquilo que podem ser as suas limitações (Cruz et al, 2016). Aqui chegados, cumpre-nos apresentar as intervenções de enfermagem, disponíveis na NursingOntos, as quais sugerimos incluir mais uma, que resulta da análise deste estudo.

Assim, propomos, a integração de “avaliar evolução do conhecimento sobre o regime de exercício”; “ensinar sobre o exercício”; “ensinar sobre regime de exercício através de informoterapia”; e a intervenção advinda da literatura consultada “providenciar material educativo [100244493]”. Todavia, na proposta disponível na NursingOntos é apresentado um enunciado de intervenção, “ensinar sobre intensidade e duração do exercício”, que reconhecemos a ação e o conteúdo traduzidos na intervenção.

Ainda na dimensão do conhecimento cuja intencionalidade é promover a integração de um regime de exercício baseado nos resultados deste estudo, sugerimos a inclusão de dados que representem outras dimensões do conhecimento, como recursos necessários à autogestão e o impacto do exercício sobre a condição de saúde. Em alternativa, numa perspetiva de menor especificidade, apenas

a inclusão do dado conhecimento sobre autogestão do regime de exercício. A decisão do enfermeiro face aos dados, permitiria identificar um enunciado diagnóstico: “potencial [10015151] para melhorar o conhecimento [10011042] sobre autogestão [10046837] do regime de

Figura 18 - MCD - Conhecimento sobre autogestão



exercício [10023667]”. Interligado com as propriedades da intervenção do enfermeiro, consignamos variadíssimas áreas de ação, pelo facto da autogestão integrar um domínio de influência considerável. Incluímos, dessa forma, as intervenções apresentadas na NursingOntos: “avaliar evolução do conhecimento sobre a autogestão do regime de exercício”, “ensinar sobre autogestão do regime de exercício”, “ensinar sobre exercício desaconselhado”, “ensinar sobre intensidade e duração do exercício”, “ensinar sobre ajuste do exercício ao horário da medicação”, “ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício”, “ensinar sobre ajuste do exercício de acordo com resultados da autovigilância” e “ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia”. Face aos resultados do estudo, consideramos oportuno sugerir a inclusão de: “providenciar material educativo [100244493]”, pela referência encontrada à informação transmitida por enfermeiros através de material educativo ou como complemento à ação do enfermeiro; e “ensinar [10019502] sobre a doença [10024116]”. Neste caso, apesar de não ser um aspeto diretamente relacionado com a autogestão, justificamos a sua inclusão pela referência nos resultados do estudo e pela relação existente entre os processos de autogestão da condição crónica e o impacto que isso pode revelar nos processos corporais específicos da pessoa e da sua condição de saúde (Baraz et al., 2010; Schulman-Green et al., 2016). Admitindo,

contudo, que este aspeto do conhecimento é transversal a todos os componentes do regime, por isso, pouco específico na autogestão do regime de exercício.

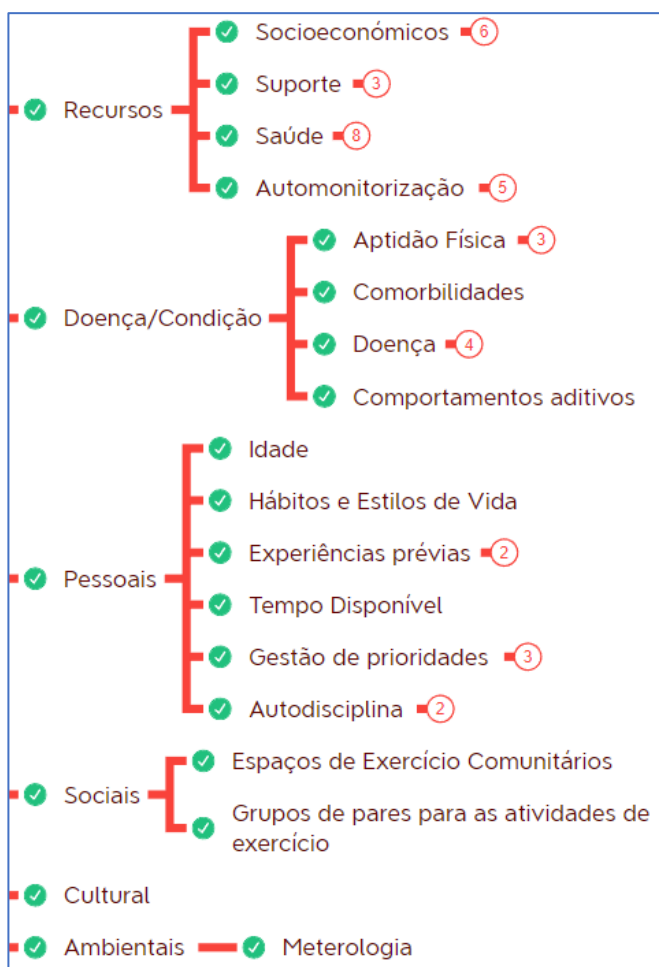
### 4.3. Fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício

Após a proposta de MCD, releva refletir sobre outros fatores influenciadores dos processos de autogestão do regime de exercício, que se encontram apresentados na Figura 19. Estes fatores podem ser considerados facilitadores ou dificultadores, face à frequência, presença, disponibilidade, sendo variáveis entre indivíduos. Para além disso, consideramos a tipologia de fatores, nomeadamente os fatores internos, como fatores intrínsecos à pessoa, e os fatores externos, que não necessariamente dependem da pessoa para estarem presentes ou serem controlados. Dessa forma, os fatores que influenciam os diferentes domínios que envolvem a autogestão do regime

de exercício exprimem uma multiplicidade de informações sobre as condições pessoais e contextuais da pessoa alvo dos cuidados (Schulman-Green et al., 2016). Estes dados de forma isolada não conferem conteúdo de informação, no entanto, a sua conjugação e relação permite inferir informação estruturante para os enfermeiros (Silva, 2011). Permitindo essa informação resultante da agregação de dados, sustentar e orientar os enfermeiros, para ajustar a intervenção de acordo com as necessidades individuais.

Em primeiro lugar, salientamos da informação recolhida, os efeitos da disponibilidade de **recursos**, que podem apresentar-se como:

Figura 19 - Fatores que influenciam a autogestão



socioeconómicos; de suporte; serviços de saúde; e necessários para a automonitorização.

A literatura enfatiza que os recursos económicos ou os rendimentos têm um impacto considerável na modificação de hábitos de exercício, quer pelos custos relacionados com o exercício, quer ainda pela indisponibilidade relacionada com a necessidade de múltiplas atividades para manter o nível de rendimentos, influenciando a disponibilidade temporal. Estes determinantes, propiciam uma maior vulnerabilidade, que provoca uma limitação na manutenção dos comportamentos de procura de saúde e no acesso aos recursos de saúde, impondo redefinição de prioridades, o que poderá induzir dificuldades acrescidas na autogestão da condição crónica, em particular no regime de exercício (Bosworth et al., 2008; Orzech et al., 2013; Schulman-Green et al., 2016). Por seu turno, aos diferentes níveis de suporte, que incluem os profissionais de saúde, as pessoas significativas e as comunidades, é-lhes reconhecido relevância nos processos de autogestão. No que se refere aos profissionais de saúde, denota-se como essencial a disponibilidade, bem como a capacidade de integrar nas suas terapêuticas a individualidade da pessoa e o seu potencial (Barlow et al., 2002; Schulman-Green et al., 2016). O suporte familiar pode ainda ligar-se com os rendimentos, por via do auxílio de pessoas significativas. Esse suporte, pode ainda ser refletido pelo envolvimento no regime de exercício, sendo assim elementos cruciais na integração de atividades do regime (Orzech et al., 2013; Schulman-Green et al., 2016; Whittemore & Dixon, 2008). No que se refere aos recursos da comunidade, estudos anteriores sustentam algumas das referências que encontramos relativas à disponibilidade de equipamentos e instalações para o exercício, bem como a acessibilidade e o acesso à informação influenciam a transição da pessoa (Schulman-Green et al., 2016; Ryan & Sawin 2009).

Segue-se a referência aos fatores relacionados com **a condição de saúde da pessoa**, onde se inclui a aptidão física, a existência de comorbilidades, aspetos relacionados com a doença e, por fim, a existência de comportamentos aditivos. A ausência ou diminuto impacto dos sintomas foi identificado como um fator dificultador da autogestão por dois motivos, quer pela ausência de perceção do benefício no regime, quer pela diminuta severidade da condição/doença percebida pela pessoa (Schulman-Green et al., 2016). O mesmo autor refere que a presença de níveis elevados de sintomas, bem como as exacerbações de doenças são reconhecidos como fatores dificultadores da autogestão. À luz da teoria das transições, os momentos de exacerbação ou agudização da doença podem ser considerados os eventos críticos que poderiam alterar o rumo da transição (Meleis et al., 2000; Padilha, 2013).

Outra dimensão de fatores que são importantes na autogestão do regime de exercício, foram por nós categorizados como **fatores pessoais** onde se incluiu a idade, os estilos e hábitos de vida da pessoa, as experiências prévias de exercício ou de inclusão de atividades do regime de exercício, a gestão de prioridades diárias, sendo elas profissionais, familiares ou domiciliárias e, por fim, a autodisciplina. Neste contexto, recorreremos à relação estabelecida por Whittemore e Dixon (2008) entre a autogestão do regime ser determinada pela

experiência da pessoa e pelos desafios que a condição de saúde impõem na pessoa. De facto, as experiências prévias de autogestão modelam a atitude, perante um novo desafio. A vida diária impõe diferentes dinâmicas que implicam uma gestão diária de prioridades pela pessoa, onde se incluem múltiplas atividades diárias, reduzindo o tempo disponível, relacionada com as prioridades familiares, domésticas e laborais (Barlow et al, 2008; Schulman-Green et al., 2016). As questões laborais, relacionadas com as restrições de tempo, o horário de trabalho e o próprio ambiente do trabalho, pode ter um efeito dificultador no âmbito da autogestão (Schulman-Green et al., 2016). Assim, a dificuldade da pessoa em criar rotinas de exercício pode ser um elemento dificultador aos processos de transição (Schulman-Green et al., 2016; Henriques et al., 2012). Para obviar esta dificuldade e, segundo Barlow et al. (2008), algumas estratégias utilizadas por pessoas com condições de saúde crónicas para integrarem os regimes de exercício passam por: incluir a caminhada como o seu meio de transporte; a caminhada como uma atividade familiar; e as caminhadas em grupo com o elemento extra da socialização que impõe a motivação para o exercício. Por outro lado, as mudanças em hábitos e estilos de vida da pessoa, impõe um conflito com fatores culturais, sociais e económicos (Barlow et al., 2008). Os ambientes sociais e familiares influenciam a vivência da pessoa, pelo que no cerne da intervenção devem estar os esforços para incluir a tomada de decisão pela pessoa, bem como a mudança comportamental (Lundberg & Thrakul, 2012; Schulman-Green et al., 2016; Henriques et al., 2012; Barlow et al., 2008). A relação intrínseca com a família implica uma visão do enfermeiro capaz de abranger não apenas a pessoa com condição crónica, ou a pessoa significativa, ou familiar cuidador, mas todo o conjunto da família (Bastos et al., 2022). Neste contexto, podemos salientar a possibilidade de a família formalizar o incentivo constante que um regime de exercício precisa de incluir, bem como na forma de conciliar o suporte e o acompanhamento nas atividades de exercício.

Para finalizar os fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício, incluímos aspetos relacionados com os requisitos ambientais, onde se destaca os aspetos climatéricos. A descrição relativa ao “mau tempo” é amplamente citada nos artigos incluídos, o que justifica aos enfermeiros a capacidade de incluir junto das pessoas a possibilidade de criar alternativas que ultrapassem esta barreira (Barlow et al., 2008).

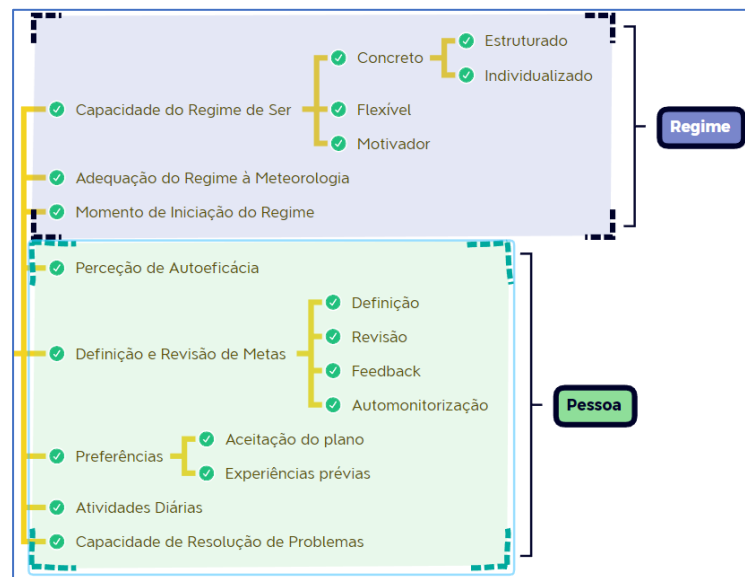
#### **4.4. Especificação do regime de exercício**

Reconhecidos os fatores que influenciam a autogestão do regime de exercício, cumpre-nos contextualizar as informações recolhidas da literatura que evidenciam a envolvimento do

regime de exercício, que devem integrar as recomendações à pessoa. Nesta situação, consideramos que o seu conhecimento é essencial para a formalização de conhecimento na disciplina de enfermagem, mas extrapola a necessidade de inclusão no MCD proposto por este estudo. Estas características estão espelhadas na Figura 20.

A literatura consultada é incisiva na imposição do estabelecimento de objetivos concretos às pessoas com condições crónicas. Nessa medida, cabe aos enfermeiros apoiar as pessoas na definição do seu regime de exercício. Nesta

Figura 20 - Particularidades do Regime



perspetiva, as recomendações de exercício devem estabelecer as metas específicas, que podem ser relacionadas com o habitual: tipo, duração, intensidade e frequência do exercício; ou baseadas em gasto calórico com as atividades de regime. A existência de *Guidelines* de exercício, como disponibilizado pela revisão de Lahart et al. (2018), agregam evidência de que os enfermeiros devem estar atentos às mesmas, como ferramentas para desenvolver recomendações sobre o regime de exercício para pessoas com doença crónica.

Os enfermeiros, para serem um contributo efetivo na vida das pessoas, devem disponibilizar a informação necessária sobre as diferentes dimensões do regime de exercício. Por outro lado, identificamos informação que apresenta o deficit na qualidade das recomendações de exercício dadas pelos enfermeiros, tendo um impacto dificultador na autogestão (Hendry et al., 2006; Stone & Baker, 2015; Zhou & Mao, 2020; Petursdottir & Halldorsdottir, 2010). Acresce que alguns autores referem que, nos contactos entre os profissionais de saúde e as pessoas, é atribuída ao regime de exercício uma prioridade menor em contraponto com outros domínios do regime terapêutico (Tompkins et al., 2009).

Este estudo sugere que os enfermeiros possam integrar nas recomendações de exercício particularidades que respondam às principais dificuldades e barreiras elencadas, de forma a preparar as pessoas para o regime. Nesse sentido, há a necessidade de o regime de exercício ser concreto, flexível e motivador, bem como adequado à meteorologia e ao momento de iniciação do regime. Um regime de exercício pode ser estruturado baseado em *guidelines* e pode ser comum a indivíduos com condições comuns. Ou ser um regime individualizado, “*tailored*” ou, preferencialmente, “*self-tailored*”, que integra as especificidades da pessoa e representa as condições que consideramos nas particularidades do regime de exercício que se relacionam com a pessoa. Neste contexto, consideramos que

a ação do enfermeiro deve abandonar os modelos paternalistas de atenção à saúde que alocou a pessoa no papel de recetor e executor das atividades prescritas pelos profissionais de saúde. Em alternativa, o envolvimento proativo da pessoa, alterando o paradigma da gestão para o indivíduo, agregando, assim, dois conceitos centrais: a verdadeira autogestão e os cuidados centrados na pessoa (Barlow et al., 2002; Bastos, 2015; Schulman-Green et al., 2016; Henriques et al., 2012; Bastos et al., 2022).

Nas particularidades a incluir no regime de exercício que impactam com as características individuais da pessoa, consideramos diferentes dimensões, entre elas: perceção de autoeficácia, a definição e revisão de metas, as preferências, as atividades diárias e a capacidade de resolução de problemas. Múltiplos destes conceitos já foram abordados anteriormente, o que reflete o relacionamento de vastos conceitos em variadas dimensões do domínio da autogestão do regime de exercício. Nesta fase, a reflexão principal relaciona-se com a capacidade da pessoa para a resolução de problemas, considerada por Lorig e Holman (2003), como a capacidade de: definir o problema, formular hipóteses de soluções, implementar as soluções, e, por fim, avaliar o resultado. Neste prisma, cabe aos enfermeiros, suportar e apoiar as pessoas a desenvolver estratégias de resolução de problemas para que consigam superar os fatores dificultadores do regime de exercício (Tomky, 2013). A evidência demonstra que a perceção da pessoa da sua capacidade de resolução de problemas é fundamental para que se sinta segura nas suas competências para iniciar, manter e cumprir um regime de exercício (Lorig, 2003; Barlow et al., 2002; Bastos, 2015; Schulman-Green et al., 2016; Henriques et al., 2012).

Nesta mesma representação incluímos em seguida a proposta de MCD no domínio da autogestão do regime de exercício, Figura 21, que resultou da discussão de conceitos anteriormente explanada.

Figura 21 - MCD (Completo)

Descrição		Especificação
Dados de Caracterização do Exercício	<b>Padrão de exercício: Tipo de exercício</b>	Aeróbico Força muscular Flexibilidade e/ou Alongamento Combinações
	<b>Padrão de exercício: Duração do exercício</b>	Número de minutos por semana
	<b>Padrão de exercício: Frequência do exercício</b>	Número de vezes por semana
	<b>Padrão de exercício: Intensidade do exercício</b>	Vigoroso Moderado Leve
<b>Dados</b>	<b>Autogestão do regime de exercício:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretização do regime de exercício</li> <li>• Automonitorização do regime de exercício</li> </ul>	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]</b>	
<b>Intervenções</b>	Avaliar evolução [10007066] da autogestão do regime de exercício [10023667] Avaliar [10002673] fatores dificultadores do regime de exercício [10023667] Analisar [10002298] com a pessoa fatores influenciadores do regime de Exercício [10023667] Analisar [10002298] com a pessoa a relação entre complicações [10025459] e a Inatividade física Analisar [10002298] com a pessoa a progressão [10015789] da autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667] Analisar [10002298] com a pessoa a relação entre o regime de exercício [10023667] e a evolução da condição Assistir [10002850] a pessoa a reorganizar o estilo de vida Assistir [10002850] a pessoa a definir o regime de exercício [10023667] Contratualizar [10005119] com a pessoa o regime de exercício [10023667] Negociar [10013037] com a pessoa o regime de exercício [10023667] Envolver [10010877] a pessoa significativa no regime de exercício [10023667] Incentivar [10012242] a automonitorização [10052146] do regime de exercício [10023667]	

	Informar[10010162] sobre recursos da comunidade[10004733]
<b>Dados</b>	<b>Consciencialização da importância do exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece a importância do exercício</li> <li>• Reconhece a necessidade de mudar</li> <li>• Reconhece os benefícios de integrar o regime de exercício</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar consciencialização [10003083] sobre a importância do regime de exercício [10023667]</b>
<b>Intervenções</b>	Avaliar evolução da consciencialização da sobre a importância do regime de exercício Contratualizar com o cliente experiência indutora da consciencialização Analisar com o cliente a relação entre exercício e a incidência de complicações Analisar com o cliente os benefícios do exercício
<b>Dados</b>	<b>Atitude face ao regime de exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vontade para integrar atividades do regime de exercício</li> <li>• Envolvimento no regime;</li> <li>• Opinião sobre o regime</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar o atitude face ao regime [10024752] de exercício [10003083]</b>
<b>Intervenções</b>	Avaliar evolução da atitude face ao regime de exercício Analisar com o cliente a atitude dificultador
<b>Dados</b>	<b>Crenças sobre o regime de exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crença sobre os resultados</li> <li>• Crença sobre a sua aparência física</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Crença [10003229] dificultadora do regime de exercício[10023667]</b>
<b>Intervenções</b>	Avaliar evolução da crença dificultadora Analisar com o cliente a crença dificultadora
<b>Dados</b>	<b>Autoeficácia para o regime de exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceção da capacidade de realização e manutenção do exercício</li> <li>• Perceção da capacidade de superação e adaptação a barreiras/problemas</li> <li>• Perceção da capacidade de para reconhecer os recursos</li> </ul>

<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar autoeficácia [10027131] para a autogestão [10046837] do regime de exercício [10023667]</b>
<b>Intervenções</b>	Avaliar [10002673] percepção de autoeficácia [10024911] para o regime de exercício [10023667] Ensinar [10019502] estratégias de promoção da autoeficácia [10024911] para o regime de exercício [10023667]
<b>Dados</b>	<b>Significado atribuído ao regime de exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvalorização</li> <li>• Sentimentos de impotência</li> <li>• Dificuldade em mudar de comportamento</li> <li>• Insatisfação relativa às recomendações</li> <li>• Malefícios para a condição de saúde</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar o significado [10023900] atribuído ao regime de exercício [10023667]</b>
<b>Intervenções</b>	Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício Analisar com o cliente o significado dificultador
<b>Dados</b>	<b>Conhecimento sobre o exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefícios do exercício</li> <li>• Padrão de exercício</li> <li>• Contraindicações</li> <li>• Efeitos do exercício</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar conhecimento [10011042] sobre regime de exercício [10023667]</b>
<b>Intervenções</b>	Avaliar evolução do conhecimento sobre a padrão de exercício Ensinar [10019502] sobre o exercício [10040125] Ensinar sobre intensidade e duração do exercício Ensinar sobre padrão de exercício através de informoterapia Providenciar material educativo [100244493]
<b>Dados</b>	<b>Conhecimento sobre a autogestão do regime de exercício</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos necessários à autogestão</li> <li>• Impacto do exercício na condição de saúde</li> </ul>

<b>Diagnóstico</b>	<b>Potencial [10015151] para melhorar o conhecimento [10011042] sobre autogestão [10046837] do regime de exercício [10012938]</b>
<b>Intervenções</b>	<p>Avaliar evolução do conhecimento sobre a autogestão do regime de exercício</p> <p>Ensinar [10019502] sobre o regime de exercício [10023667]</p> <p>Ensinar [10019502] sobre o exercício [10040125]</p> <p>Ensinar [10019502] sobre a doença [10024116]</p> <p>Ensinar sobre Autogestão do regime de Exercício</p> <p>Ensinar sobre exercício desaconselhado</p> <p>Ensinar sobre intensidade e duração do exercício</p> <p>Ensinar sobre ajuste do exercício ao horário da medicação</p> <p>Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício</p> <p>Ensinar sobre ajuste do exercício de acordo com resultados da autovigilância</p> <p>Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia</p> <p>Providenciar material educativo [100244493]</p>



## CONCLUSÃO

A evolução do conhecimento disciplinar de enfermagem e a sua representação nos sistemas de informação contribui para uma maior integração do conhecimento específico da disciplina na prática clínica dos enfermeiros. Este também foi um objetivo que norteou a construção da ontologia de enfermagem (NursingOntos). A concretização deste estudo é tanto mais relevante, quanto maior a possibilidade de os resultados encontrados conseguirem suscitar reflexões sobre a representação do conhecimento dos enfermeiros, podendo, desta forma, contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, pretendemos que a proposta de agregação de conteúdos clínicos sobre os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem apresentada seja um contributo para representar o exercício profissional dos enfermeiros.

A perspetiva identificada ao longo da realização deste estudo permite inferir a abrangência da ação dos enfermeiros, no domínio da autogestão do regime de exercício. Este facto possibilita o enquadramento de cuidados centrados na pessoa, por forma a capacitar a mesma para a gestão efetiva e autónoma da sua condição crónica de saúde, com suporte e acompanhamento dos enfermeiros. Reconhecemos que este trabalho alcançou os objetivos propostos à priori, uma vez que foi um contributo para a clarificação: dos dados utilizados pelos enfermeiros para ajuizar acerca de necessidades em cuidados; dos diagnósticos de enfermagem; e, por fim, das principais ações dos enfermeiros neste domínio, representadas pelos enunciados de intervenções. Consideramos que os resultados foram alcançados, dado que conseguimos agregar os principais domínios de dados, sendo eles: a caracterização do padrão de exercício; a caracterização da autogestão do regime de exercício; o domínio dos processos adaptativos da pessoa, assim como os fatores que influenciam a autogestão. Os fatores que influenciam a autogestão podem ser facilitadores ou dificultadores, e podem estar relacionados com condicionantes internas ou externas a pessoa. Também identificamos os enunciados de diagnósticos e de intervenções de enfermagem, com base nas descrições encontradas no *corpus* de análise do estudo. Em resposta ao quarto e último objetivo do estudo, concretizamos a sistematização e estruturação da informação que resulta do conhecimento formal da disciplina através de um MCD.

Por fim, consideramos que para além dos objetivos já referenciados e conseguidos, fomos um pouco além daquilo a que nos propusemos, uma vez que fazemos referência a informação que pode ser entendida como atividades que concretizam as intervenções ou podem produzir uma maior granularidade dos dados, permitindo, assim, aos enfermeiros reconhecer de forma mais efetiva as possíveis necessidades de pessoas que vivenciam condições de saúde

crónicas e que carecem de evoluir para a mestria, sendo o momento da interação com o enfermeiro o momento mais oportuno para agir.

Apesar dos resultados obtidos com o estudo, consideramos que existiram limitações que carecem de ser descritas e que podem apoiar as futuras investigações no domínio da autogestão do regime de exercício. Em primeiro lugar, e apesar da quantidade de estudos selecionada na pesquisa, a forma nem sempre clara de descrição dos dados utilizados, dos enunciados diagnósticos que traduzam o juízo clínico dos enfermeiros, bem como os enunciados das intervenções, conduziu-nos na necessidade de fazer inferências, que podem, no limite, não corresponder à intencionalidade dos autores originais. Assumimos, por isso, que esta foi uma interpretação nossa, mas que nos faz refletir sobre a necessidade de uma maior aproximação das publicações de enfermagem a uma linguagem mais identitária da disciplina e da profissão.

A concretização deste estudo, que permitiu mapear os conceitos envolvidos no domínio da autogestão do regime de exercício, só foi possível graças à opção metodologia do estudo. O número de artigos incluído na revisão e a conseqüente abrangência de resultados encontrados na literatura, possibilitou a confirmação da informação e a categorização realizada, permitiu enriquecer a sustentação dos achados.

Salienta-se que, no domínio da autogestão, a ação profissional dos enfermeiros não se pode apenas focar nas recomendações do exercício, mas sim numa multiplicidade de fatores que influenciam a autogestão do regime. A ação do enfermeiro carece de integrar as diferentes dimensões, de forma que possa contribuir para a obtenção de resultados positivos na saúde das pessoas. Assim, releva a interligação entre estes múltiplos domínios, de modo a incluir uma dinâmica de facilitação dos processos de autogestão da pessoa com condição crónica com necessidades de autogestão do regime de exercício.

**Implicações para a prática:** No que se refere às implicações para a prática clínica da enfermagem, este trabalho demonstra-se útil em dois prismas: agrega as dimensões que os enfermeiros devem considerar quando as pessoas alvo dos seus cuidados carecem de regimes de exercício e têm condições para promover práticas de autogestão; e, por outro lado, apresenta uma proposta de MCD, que valida opções tomadas pelos autores da NursingOntos - CIDESI ESEP e acrescenta conteúdo e especificação à mesma. Caso seja integrada num SI, poderá apoiar os enfermeiros na tomada de decisão e, na nossa opinião, representa claramente, os domínios em que o enfermeiro deve intervir.

**Implicações para a investigação:** Sugerimos, neste momento, a necessidade de aplicação da NursingOntos no SI e que sejam realizadas mais investigações que permitam validar os resultados obtidos, por forma a sustentar a informação. Assim como a especificação de outras áreas menos desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, N., Paulino S. (2015). *Nursing diagnosis an essay of an archetype that expresses the clinical concept*. Paper presented at the ACENDIO 2015 - E-Health and Nursing - Knowledge for Patient Care.
- Amaral, A. F., P. (2014). Adaptação e validação da Clinical Nursing Expertise Survey para a população de enfermeiros portugueses. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18, 496-502.
- Alayón, A. N., Mosquera-Vásquez, M. (2008). *Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia*. Universidad Nacional de Colombia. 10(5), 777-787.
- AL-Dalaen, B. D. & Al-Wahsh, Z. H. (2022). *Physical Activity Correlates among Jordanian Diabetes Patients*. *Malaysian Journal of Medicine & Health Sciences*, 18(1), 105-113.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2014) *Adaptação e validação da Clinical Nursing Expertise Survey para a população de enfermeiros portugueses*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 18 (3), 496-502
- Ammenwerth, E. et. al. (2004). *Vision and strategies to improve evaluation of health information systems: reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck*. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 479 - 491.
- Annderson, L. & Taylor, T. (2014). Cardiac rehabilitation for people with heart disease: na overview of Cochrane systematic reviews. *Int J Cardiol*, 177, 348-361.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19 - 32.
- Aromataris E., M. Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*: Joanna Briggs Insitute.
- Baraz, S. e. a. (2010). Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 60-68.
- Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- BARLOW, Julie [et al.] (2008). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 48, nº2, p. 177 - 187.
- Bastiaens, H., Sunaert, P., Wens, J., Sabbe, B., Jenkins, L., Nobels, F., . . . Van Royen, P. (2009). Supporting diabetes self-management in primary care: pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Primary care diabetes*, 3(2), 103-109. doi:10.1016/j.pcd.2009.02.001
- Bastos, F. & Lopes, C. (2004). "Self-management and therapy adherence in type 2 diabetics: Effect of wife involvement in the educational programme.". *Journal of Epidemiology & Community Health* 58(Suppl1) 8-9.
- Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007) "Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada". *Acta Medica Portuguesa* 20 1
- Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico. A transição para a doença crónica*. Berlin: Novas Edições Acadêmicas.
- Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem - a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)*, 5 (1).
- Beale, T. (2002). Archetypes: Constraint-based Domain Models for Future-proof Information
- Beale, T. H., S. (2007). "An ontology-based model of clinical information.". 1, 760-764.
- Booth, M.L. (2000). Assessment of Physical Activity: An International Perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (2): s114-20
- Bosworth, H. B. e. a. (2008). Take Control of Your Blood Pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient education and counseling*, 70, 338-347.
- Briffa, T. G., Maiorana, A., Sheerin, N. J., Stubbs, A. G., Oldenburg, B. F., Sammel, N. L., & Allan, R. M. (2006). Physical activity for people with cardiovascular disease: recommendations of the National Heart Foundation of Australia. *Medical Journal of Australia*, 184, 71-75.
- Boas, L. C. G.-V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. de C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus.

- Texto & Contexto - Enfermagem, 20(2), 272-279. doi:10.1590/s0104-07072011000200008
- Boyne, J. J., Vrijhoef, H. J., Spreeuwenberg, M., De Weerd, G., Kragten, J., & Gorgels, A. P. (2014). Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 243-252.
- Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19(1), N.PAG-N.PAG. doi:10.1186/s12889-019-6877-z
- Centers for Disease Control and Prevention, Division of Population Health. (2019). Self-Management Education (SME) Programs for Chronic Health Conditions | CDC.
- Clark, N. M., & Dodge, J. A. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 26(1), 72-89. <https://doi.org/10.1177/109019819902600107>
- Cheng, J. J.-Y., Arenhold, F., & Braakhuis, A. J. (2016). Determining the efficacy of the chronic disease self-management programme and readability of "living a healthy life with chronic conditions" in a New Zealand setting. *Internal Medicine Journal*, 11, 1284-1290.
- Constituição da República Portuguesa - VII REVISÃO CONSTITUCIONAL, (2005).
- Cruz, I. B., F.; Pereira, F.; Silva, A.; Sousa, P. (2016). Analysis of the Nursing Documentation in Use in Portugal - Building a Clinical Data Model of Nursing Centered on the Management of Treatment Regimen. *Studies in Health Technology And Informatics*, 225, 407-411. doi:10.3233/978-1-61499-658-3-407
- Dasso, N. A. (2018). How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(1), 45-52. doi:10.1111/nuf.12296
- Davila, N. (2010). *Physical activity in Puerto Rican adults with type 2 diabetes mellitus*. (Ph.D.). University of Arizona, Retrieved from
- Department of Health and Human Services, D. (2013). initiative on multiple chronic conditions.
- Deyo, D., Hemingway, J., & Hughes, D. R. (2015). Identifying Patients With Undiagnosed Chronic Conditions: An Examination of Patient Costs Before Chronic Disease Diagnosis. *Journal of the American College of Radiology*, 12, 1388-1394.
- DGS, D.-G. d. S. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.
- DGS, D. G. d. S. (2010). DEFINIÇÃO DA DOENÇA CRÓNICA. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>
- Du, H. Y., Newton, P. J., Zecchin, R., Denniss, R., Salamonson, Y., Everett, B., . . . Davidson, P. M. (2011). An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(1), 63-63. doi:10.1186/1745-6215-12-63
- Duarte-Ramos, F. et al. (2022). E AGORA? Relatório de Primavera 2022 Retrieved from <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Franco, J. N. C. e. a. (2007). Adesão ao regime Terapêutico: Importância da Relação Enfermeiro - Cliente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 10, 19-32.
- Garde, R. Chen, H. Leslie, et al., Archetype-based knowledge management for semantic interoperability of electronic health records, *Studies in Health Technology and Informatics* 150 (2009), 1007-1011.
- Gleeson-Kreig, JM. (2006). Self-monitoring of physical activity: effects on selfefficacy and behavior in people with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*, 32, 69-77.
- Gonçalves, P. D. B., Sequeira, C. A. C., & e Silva, M. A. T. C. P. (2018). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review*. doi:10.1111/inr.12493
- Gonçalves, V. (2017). " Autocuidado: Gerir O Regime Dietético" Contributo Para O Desenvolvimento De Um Modelo Clínico De Dados Em Enfermagem - Uma Revisão Integrativa Da Literatura Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto

- Helmink, J. H. M., Meis, J. J. M., de Weerdt, I., Visser, F. N., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. J. (2010). Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7. doi:10.1186/1479-5868-7-49
- Hendry M, Williams NH, Markland D, et al. (2006). Why should we exercise when our knees hurt? A qualitative study of primary care patients with osteoarthritis of the knee. *Fam Pract*. 23:558-67.
- Heneghan, C., Alonso-Coello, P., Garcia-Alamino, J., Perera, R., Meats, E., & Glasziou, P. (2006). Review: self-monitoring increases the efficacy and safety of anticoagulant therapy. *Evid Based Med*, 11.
- Henriques MA, Costa MA, Cabrita J. (2012). Adesão e gestão de medicamentos por idosos. *Revista de Enfermagem Clínica*. 21(21-22):3096-3105. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x.
- Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A. (2017). A Home-based Exercise Intervention for Non-Small Cell Lung Cancer Patients Post-Thoracotomy. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(1), 106-117. doi:10.1016/j.soncn.2016.11.011
- Husebø, A. M. L., Karlsen, B., Allan, H., Søreide, J. A., & Bru, E. (2015). Factors perceived to influence exercise adherence in women with breast cancer participating in an exercise programme during adjuvant chemotherapy: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(3-4), 500-510. doi:10.1111/jocn.12633
- International Council of Nurses (ICN). (2019). The International Classification for Nursing Practice Browser. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). PorData - Indicadores de envelhecimento segundo os Censos. Retrieved from <https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). Censos 2021. Retrieved from [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21\\_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt)
- Kanavaki, A. M., Rushton, A., Efstathiou, N., Alrushud, A., Klocke, R., Abhishek, A., & Duda, J. L. (2017). Barriers and facilitators of physical activity in knee and hip osteoarthritis: a systematic review of qualitative evidence. *Bmj Open*, 7(12). doi:10.1136/bmjopen-2017-017042
- Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. (2018). Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 29;1(1):CD011292. doi: 10.1002/14651858.CD011292.pub2. PMID: 29376559; PMCID: PMC6491330.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of behavioral Medicine*, 26 (1), 1-7.
- LUNDBERG, Pranee; THRAKUL, Supunee - Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management?. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68, nº3 (2012), p. 550 - 558
- McEachan RRC, Lawton RJ, Jackson C, Conner M, Lunt J. (2008). Evidence, Theory and Context: Using intervention mapping to develop a worksite physical activity intervention. *BMC Public Health*. 2008;8:326.
- McNeely ML, C. K. (2010). Exercise programs for cancer-related fatigue: evidence and clinical guidelines. *Natl Compr Canc Netw*, 945. Retrieved from 10.6004/jnccn.2010.0069
- Meleis, A. (2012). Theoretical Nursing - Development and Progress. *Lippincott Williams and Wilkins*, 5ª.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Melguizo, M. J. (2011). From the chronic disease to the patient in a chronic condition. 43(2), 67-68. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.10.001>
- Mendes, O. (2013). *Modelo Clínico de Dados de Enfermagem: A Pessoa Dependente para se Erguer, Virar ou Transferir*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, MeSH Browser (2022). - Medical Subject Headings.

- Moner, D. e. a. (2012). Using Archetypes for Defining CDA Templates. *Studies in Health Technology And Informatics*, 180, 53-57.
- Nanda International (2015) Nursing Diagnoses of NANDA 2015-2017. Artmed, Porto Alegre (in Portuguese).
- Nava-Bringas, T. I., Roeniger-Desatnik, A., Arellano-Hernández, A., & Cruz-Medina, E. (2016). Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja. *Adherence to a stability exercise program in patients with chronic low back pain.*, 84(5), 384-391. doi:10.1016/j.circir.2015.10.014
- Nogueira, J. C., Timothy; CAVALINI, Luciana. (2013). Estudo de caso sobre o uso da modelagem multinível para a harmonização de terminologias de enfermagem. *Jornal Brasileiro de TeleSaúde*, 2, 53-58.
- Nyanchoka, L., Tudur-Smith, C., Thu, V. N., Iversen, V., Tricco, A. C., & Porcher, R. (2019). A scoping review describes methods used to identify, prioritize and display gaps in health research. *Journal of clinical epidemiology*, 109, 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.01.005>
- Oliveira, C. (2015). *Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso” Uma Revisão Integrativa da Literatura Contributo para o Desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/10771>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. *Masson - Salvat Enfermaria*.
- Orzech, K. e. a. (2013). Diet and Exercise Adherence and Practices Among Medically Underserved Patients With Chronic Disease: Variation Across Four Ethnic Groups. *Health Educ Behav*, 40, 56-66.
- Padilha, M. (2013). *Promoção da Gestão do Regime Terapêutico em Clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/14958>
- PAIVA, Abel et al. (2014) Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à prática de Enfermagem - SAPE®. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN 978-989-98443-5-3.
- Palmer, K. e. (2016). *Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic*.
- Paul, T., David Buchner, Ileana L. Piña, Gary J. Balady, Mark A. Williams, Bess H. Marcus, . . . Wenger, N. K. (2003). Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Statement from the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*, 107, 3109-3116. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000075572.40158.77>
- Peace J, & Brennan PF. (2009). Formalizing nursing knowledge: from theories and models to ontologies. *Stud Health Technol Inform*. 146:347-51. PMID: 19592863
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Formasau.
- Pereira, Filipe Miguel Soares; Silva, Abel Paiva (2010). "Information technologies and nursing practice - The Portuguese case". In *Nursing and Informatics for the 21st Century: An International Look at Practice, Education and EHR Trends*, Second Edition, 435-442. Estados Unidos da América, Estados Unidos: HIMSS - Healthcare Information and Management Systems Society,
- Pereira, D., Nascimento, J.C. & Gomes, R. (2011) *Health Informatics Systems: Perspectives and Challenges in Portugal*. Silabo Editions Ltd., Lisbon (in Portuguese).
- Petursdottir U, Arnadottir SA, Halldorsdottir S. (2010). Facilitators and barriers to exercising among people with osteoarthritis: a phenomenological study. *Phys Ther*; 90:1014-25.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 199, 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Richard, Angela; Shea, Kimberly (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 43, nº3, p. 255 - 264.
- Bandura Rodríguez, A. & Walters. (1976). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. *Revista Española de La Opinión Pública*, (44), 203. doi:10.2307/40182490
- RYAN, Polly; SAWIN, Kathleen. (2009). The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook*. Vol. 57, nº4, p. 217 - 255
- Roy C. (2009). *O modelo de adaptação roy*. 3 edição. Upper Saddle River New Jersey: Pearson Education.
- Salami, I. A.-J. (2011). *The effects of lifestyle exercise on health beliefs, self-efficacy, and depressed mood in the year following the completion of a cardiac rehabilitation program*. (Ph.D.). Case Western Reserve University, Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109858532&lang=pt-br&site=ehost-live> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.
- Schulman-Green, D. et. al. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 1469-1489.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, M. A. (2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa,
- Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de Cuidados de Saúde: Um Modelo Explicativo* (1ª ed.). Coimbra.
- Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46.
- Stone RC, Baker J. (2015). Painful choices: a qualitative exploration of facilitators and barriers to active lifestyles among adults with osteoarthritis. *J Appl Gerontol*.
- Tao, X., Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. (2017). The effects of a nurse-supervised home exercise programme on improving patients' perceptions of the benefits and barriers to exercise: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2765-2775. doi:10.1111/jocn.13798
- Tompkins, T. H., Belza, B., & Brown, M.-A. (2009). Nurse practitioner practice patterns for exercise counseling. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(2), 79-86. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00388.x
- Tricco AC, C. R., Thomas SM, Motiwala S, Sullivan S, Kealey MR, Hemmelgarn B, Ouimet M, Hillmer MP, Perrier L, Shepperd S, Straus SE. . (2016). Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. . 11:4. doi:10.1186/s13012-016-0370-1
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Riehm, K. E., Saadat, N., & Fedoruk, C. (2017). Comparison of Self-Efficacy for Managing Chronic Disease between patients with systemic sclerosis and other chronic conditions: a systematic review. *Rheumatology International*, 37, 281-292. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3602-4>
- Thompson PD, Buchner D, Pina IL, et al. (2003) Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. *Circulation*; 107: 3109-3116.
- Tomky, D. (2013). Diabetes Education: Looking Through the Kaleidoscope. *Elsevier HS Journals*, 35, 734 - 739.
- TOobert D, Hampson S, Glasgow R: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000;23:943-50
- Wallace, R. B., & Salive, M. E. . (2013). The Dimensions of Multiple Chronic Conditions: Where Do We Go From Here? A Commentary on the Special Collection of Preventing Chronic Disease. 10, E59. . Retrieved from <https://doi.org/10.5888/pcd10.130104>
- Whittemore, R., & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration. *J Clin Nurs*, 17, 177-187.
- WHO, W. H. O. (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. Copenhagen Retrieved from

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341522/WHO-EURO-2016-2582-42338-58618-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Wollersheim, D. & Sari, W. Rahayu. (2009) Archetype-based electronic health records: a literature review and evaluation of their applicability to health data interoperability and access, *Health Information Management Journal* 38, 7-17.
- Zhang, X., Tan, S. S., Fierloos, I., Zanutto, O., Alhambra-Borrás, T., Vasiljev, V., Bennett, S., Rentoumis, T., Buranello, A., Macchione, S., Rouwet, E., van Grieken, A., & Raat, H. (2019). Projeto de avaliação do Quadro de Engajamento Social para Enfrentamento do Desafio crônico-doença (SEFAC): uma intervenção baseada em mindfulness para promover o autogestão de condições crônicas e um estilo de vida saudável. . *BMC Saúde Pública*, 19, 664. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6979-7>
- Zhou, C., & Mao, W. (2020). Nursing intervention on exercise therapy for patients with type 2 diabetes mellitus complicated with peripheral vascular disease. *Acta Microscopica*, 29(1), 439-446. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85082724951&partnerID=40&md5=55d5754b533ed48531e9c0031f93d002>

## ANEXO (S)



## Anexo I - Fontes excluídas após a revisão do título e resumo



Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_129	Achury Saldaña, D., Rodríguez, S. M., Díaz, J. C., Cavallo, E., Zarate Grajales, R., Vargas Tolosa, R., & de las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. <i>Study of adverse events, factors and periodicity in hospitalized patients in ICU.</i> , 15(42), 324-340. doi:10.6018/eglobal.15.2.215791	X	
A_130	Adasme, M., Valentino, G., Bustamante, M. A. J., Casasbellas, C., Orellana, L., & Acevedo, M. (2019). CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD CORONARIA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON EVENTO CARDIOVASCULAR. <i>Knowledge about coronary disease in relatives of patients with cardiovascular event.</i> , 19(2), 352-362. doi:10.30554/archmed.19.2.3319.2019	X	
A_131	Alberto Fernández-Silva, C., Ivonne Lopez-Andrade, C., & Merino Jara, C. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. <i>Adherence to the antiretroviral treatment as a health-promoting behavior in elderly adults.</i> , 9(2), 2201-2214. doi:10.15649/cuidarte.v9i2.522	X	
A_132	Alberto Sánchez-Ariza, C. (2017). Tratamiento con dispositivos orales para síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). <i>Treatment with oral devices for obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS).</i> 65, 121-128. doi:10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59642	X	
A_133	Albornos-Muñoz, L., Moreno-Casbas, M. T., Sánchez-Pablo, C., Bays-Moneo, A., Fernández-Domínguez, J. C., Rich-Ruiz, M., & Gea-Sánchez, M. (2018). Efficacy of the Otago Exercise Programme to reduce falls in community-dwelling adults aged 65-80 years old when delivered as group or individual training. <i>Journal of Advanced Nursing (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 74(7), 1700-1711. doi:10.1111/jan.13583	X	
A_134	Allué, P., Climent, M. J. S., Millán, A. C., & Vicente, C. A. (2012). Nuevas formas de administración de soluciones salinas (rehidratación oral) en el tratamiento de la gastroenteritis aguda: estudio organoléptico, prospectivo y controlado, de satisfacción. <i>New routes of administration of salt solutions (oral rehydration solutions) in the treatment of acute gastroenteritis: prospective, controlled and organoleptic study of satisfaction.</i> , 70(3), 87-92.	X	
A_135	Alonso, F. J., Carranza, M. D., Rueda, J. D., & Naranjo, J. (2014). Composición corporal en escolares de primaria y su relación con el hábito nutricional y la práctica reglada de actividad deportiva. <i>Body composition in elementary school and its relationship with nutritional habits and formal practice sports activity.</i> , 7(4), 137-142. doi:10.1016/j.ramd.2014.08.001	X	
A_136	Alonso-Fernandez, N., Jimenez-Garcia, R., Alonso-Fernandez, L., Hernandez-Barrera, V., & Palacios-Cena, D. (2015). Health factors related to physical activity among children and adolescents: Results from Spanish National Health Surveys 2006 and 2011/12. <i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</i> , 20(3), 193-202. doi:10.1111/jspn.12113	X	
A_137	Alvarado-Zeballos, S., Alessandra Nazario, M., & Taype-Rondan, A. (2017). Características de las páginas web en español que brindan información sobre aborto. <i>Characteristics of websites in Spanish language that provide information about abortion.</i> , 65(4), 621-626. doi:10.15446/revfacmed.v65n4.60385	X	
A_138	Alvarez Franco, O. L. (2015). Disfunción Endotelial en el personal naval con obesidad en actividad militar. <i>Endothelial dysfunction in naval personnel in military activity with obesity.</i> , 15(4), 33-43.	X	
A_139	Álvarez-Zapata, E. A., González-Hernández, L. M., Jiménez-Arango, N. B., & Zuleta-Tobón, J. J. (2019). CUMPLIMIENTO INADECUADO DE LAS RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO COMO DESENCADENANTE DE LA CESÁREA EN MUJERES CON EMBARAZO SIMPLE A TÉRMINO. ESTUDIO DESCRIPTIVO. <i>Inadequate adherence to the recommendations regarding labor induction as a trigger of cesarean section in women with single, term pregnancy. A descriptive study.</i> , 70(2), 103-114. doi:10.18597/rcog.3275	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_140	Amaral, M., Zoéga Soares, M. R., & Gioia, P. S. (2016). <b>CANCER INFORMATION FOR CHILDREN: EFFECT ON ADHERENCE TO INTRAMUSCULAR CHEMOTHERAPY.</b> <i>Psicooncologia</i> , 13(2/3/2017), 307-320. doi:10.5209/PSIC.54438	X	
A_141	Andrés Badillo, C., Katherine Barrera, L., Arias, G., Fernando Tribiño, G., Andrés Gamboa, Ó., César García, J., & María Granada, A. (2019). <b>Incidencia de los problemas relacionados con los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de la infección por HIV en pacientes hospitalizados en el Hospital Santa Clara de Bogotá.</b> <i>Incidence of antiretroviral drug-related problems in the treatment of HIV among hospitalized patients in the Hospital Santa Clara, Bogotá.</i> , 39(3), 561-575. doi:10.7705/biomedica.4345	X	
A_142	Aparecida, M., de Medeiros, C., & Fernanda Dorow, P. (2018). <b>CONFORMIDADE DAS FICHAS DE ANAMNESE UTILIZADAS NO EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.</b> <i>Conformity of the anamnesis records used in the CT scan.</i> , 37(3), 615-632.	X	
A_143	Arce Antezana, I. O. (2013). <b>La formación del profesional en salud y la incorporación de la Interculturalidad en la Currícula Facultativa.</b> <i>Gaceta Médica Boliviana</i> , 36(1), 48-50.	X	
A_144	Ariceta, G., Antonio Camacho, J., Fernández-Obispo, M., Fernández-Polo, A., Gámez, J., García-Villoria, J., . . . Güell, A. (2016). <b>Transición coordinada del paciente con cistinosis desde la medicina pediátrica a la medicina del adulto. A coordinated transition model for patients with cystinosis: from pediatrics to adult care.</b> , 36(6), 616-630. doi:10.1016/j.nefro.2016.05.012	X	
A_145	Ariceta, G., Camacho, J. A., Fernández-Obispo, M., Fernández-Polo, A., Gamez, J., García-Villoria, J., . . . Güell, A. (2015). <b>Cistinosis en pacientes adolescentes y adultos: recomendaciones para la atención integral de la cistinosis. Cystinosis in adult and adolescent patients: Recommendations for the comprehensive care of cystinosis.</b> , 35(3), 304-321. doi:10.1016/j.nefro.2015.05.019	X	
A_146	Arrossi, S. (2019). <b>El impacto de la prueba de VPH en los programas de tamizaje en América Latina: el caso de Argentina. The impact of the HPV test in screening programs in Latin America: The case of Argentina.</b> , 61(1), 86-94. doi:10.21149/9257	X	
A_147	Arrossi, S., Paolino, M., & Sankaranarayanan, R. (2010). <b>Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. Retos de los programas de prevención de cáncer cervicouterino en países en desarrollo: análisis de situación de la organización del programa en Argentina.</b> , 28(4), 249-257. doi:10.1590/S1020-49892010001000003	X	
A_148	Ash Alfonso, Y., Suárez Valdés, M., & López Castillo, E. E. (2018). <b>Hipertensión arterial en trabajadores(as) de una institución universitaria. High blood pressure in workers of a university.</b> , 47(3), 1-10.	X	
A_149	Astuvilca, J., Arce-Villavicencio, Y., Sotelo, R., Quispe, J., Guillén, R., Peralta, L., . . . Gutiérrez, C. (2007). <b>INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LAS REACCIONES ADVERSAS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL INICIAL EN PACIENTES CON VIH. INCIDENCE AND ASSOCIATED FACTORS TO ADVERSE REACTIONS OF THE INITIAL ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HIV.</b> , 24(3), 218-224.	X	
A_150	B, B. M. L., O, M. A. O., & S, R. C. (2010). <b>Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. Assertiveness levels, sociodemographic profile, nicotine dependence and reasons for smoking in a group of smokers attending treatment to stop smoking.</b> , 33(6), 489-497.	X	
A_151	Babor, T., Rehm, J., Jernigan, D., Vaeth, P., Monteiro, M., & Lehman, H. (2012). <b>Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. Revista Panamericana de Salud Publica</b> , 32(2), 151-155. doi:dx.doi.org/S1020-49892012000800010	X	
A_152	Baca-Córdova, A., Pérez-Jacobo, F., Óscar Terán-González, J., del Carmen González-Fernández, N., Reyes-Franco, I., Martínez Ramos-Méndez, M., . . . Alavez-Torres, E. (2020). <b>Apego a consensos internacionales para el abordaje diagnóstico y tratamiento en trombocitopenia inmunitaria: experiencia de diez años en un hospital de tercer nivel. Adherence to international consensus for the</b>	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
	<i>diagnostic approach and treatment in immune thrombocytopenia: ten years' experience in a third level hospital.</i> , 36(1), 40-49. doi:10.24245/mim.v36i1.2938		
A_153	Bansal, S., Katzman, W. B., & Giangregorio, L. M. (2014). Exercise for Improving Age-Related Hyperkyphotic Posture: A Systematic Review. <i>Archives of Physical Medicine &amp; Rehabilitation</i> , 95(1), 129-140. doi:10.1016/j.apmr.2013.06.022	X	
A_154	Barbosa, L., Ramiro, S., Roque, R., Gonçalves, P., Silva, J. C. d., & Santos, M. J. (2011). PATIENTS' SATISFACTION WITH THE RHEUMATOLOGY DAY CARE UNIT. <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 36(4), 377-384.	X	
A_155	Barroso, C. S., Kelder, S. H., Springer, A. E., Smith, C. L., Ranjit, N., Ledingham, C., & Hoelscher, D. M. (2009). Senate bill 42: implementation and impact on physical activity in middle schools. <i>Journal of Adolescent Health</i> , 45(3), S82-90.	X	
A_156	Bastos de Paula, S. H., Martins, T. A., Santiago Borges, S. M., de Oliveira Nogueira, C. M., & Ramos Freire, V. (2017). Evaluación de la implementación del protocolo de manejo de coinfección de tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en los servicios de asistencia especializada del estado de Ceará. <i>Evaluation of implementation of the protocol for managing tuberculosis/ human immunodeficiency virus coinfection in specialized care services in ceará state.</i> , 41, 1-7.	X	
A_157	Bautista Rodríguez, L. M., Vejar Ríos, L. Y., Pabón Parra, M. R., Jesús Moreno, J., Fuentes Rodríguez, L., León Solano, K. Y., & Bonilla, J. A. (2016). GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA. <i>GRADE OF ADHERENCE TO THE PROTOCOL OF CLINICAL NURSING RECORDS.</i> , 7(1), 1195-1203. doi:10.15649/cuidarte.v7i1.237	X	
A_158	Bautista-Casasnovas, A., Martín-Martínez, B., De Vicente-Aguayo, R., Domínguez-Otero, M. J., Barros-Quintas, I., & Estévez-Martínez, E. (2013). Utilización del polietilenglicol con electrolitos en niños menores de 2 años. Dosificación, eficacia y tolerancia. Estudio de 35 pacientes. <i>Polyethylene glycol with electrolytes in patients younger than 2 years old. Dosage, efficacy and tolerance. Study in 35 patients.</i> , 71(10), 213-217.	X	
A_159	Bellver Pérez, A., & Verdet Martínez, H. (2015). ADOLESCENCIA Y CÁNCER. <i>Psicooncología</i> , 12(1), 141-156. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909	X	
A_160	Betancourt Gambino, J. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. <i>Adherence to antiretroviral treatment in seropositive patients.</i> , 34(3), 82-93.	X	
A_161	Bishop, K. R., Dougherty, M., Mooney, R., Gimotty, P., & Williams, B. (1992). Effects of age, parity, and adherence on pelvic muscle response to exercise. <i>JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic &amp; Neonatal Nursing</i> , 21(5), 401-406. doi:10.1111/j.1552-6909.1992.tb01757.x	X	
A_162	Bittencourt Romeiro, F., Peuker, A. C., Bianchini, D., & Kern de Castro, E. (2016). CHEMOTHERAPY PATIENT PERCEPTION REGARDING COMMUNICATION WITH THE HEALTHCARE STAFF. <i>Psicooncologia</i> , 13(1), 139-150. doi:10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52493	X	
A_163	Blanco Bezerra, T., Duarte Valim, M., Costa Santos, E., Alves de Lima, J. D., & César Ribeiro, A. (2019). Percepción del equipo de enfermería del clima de seguridad organizacional de un hospital público. <i>Perception of the nursing team on climate organizational safety of a public hospital.</i> , 18(1), 86-102. doi:10.6018/eglobal.18.1.309061	X	
A_164	Blanco-Mavillard, I., Rodríguez-Calero, M. Á., Bolaños-Herrezuelo, G., Barceló, A. S., & Parra-García, G. (2018). Mapeo de variabilidad sobre prácticas enfermeras relacionadas con el acceso vascular en el entorno de hemodiálisis. Estudio transversal. <i>Mapping of variability on nursing practices in the hemodialysis environment. Cross-sectional study.</i> , 21(3), 241-248. doi:10.4321/S2254-28842018000300005	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_165	Bravo M, F., & Paz Muñoz F, M. (2011). Adherencia e impacto de la dieta sin gluten en niños con enfermedad celiaca. <i>Adherence and impact of gluten free diet in children with celiac disease.</i> , 82(3), 191-197. doi:10.4067/S0370-41062011000300003	X	
A_166	Breaux-Shropshire, T. L., Whitt, L., Griffin, R. L., Shropshire, A. T., & Calhoun, D. A. (2014). Characterizing workers participating in a worksite wellness health screening program using blood pressure control, self-monitoring, medication adherence, depression, and exercise. <i>Workplace Health and Safety</i> , 62(7), 292-300. doi:10.3928/21650799-20140617-07	X	
A_167	Brites, L., Costa, F. C., Freitas, J., Luis, M., Coutinho, M., Santiago, M., . . . da Silva, J. A. P. (2019). IMPACT OF BLOCK SWITCH TO BIOSIMILAR ETANERCEPT IN PRACTICE - AN EXPERIENCE FROM ONE TERTIARY RHEUMATOLOGY DEPARTMENT. <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 52-53.	X	
A_168	Brun, L. R., Brance, M. L., Lupo, M., & Rigalli, A. (2012). RELEVAMIENTO DEL CONTENIDO DE CALCIO EN LÁCTEOS DE USO MASIVO. <i>MONITORING OF CALCIUM CONTENT IN DAIRY PRODUCTS.</i> , 8(3), 158-163.	X	
A_169	Bula-Romero, J. A., Calderón-Quintana, L. M., & Oquendo-Martínez, C. D. (2020). Percepción de las enfermeras sobre la educación en accesos vasculares en hemodiálisis. Estudio fenomenológico. <i>Nurses' perception of education in vascular accesses in hemodialysis. Phenomenological study.</i> , 23(1), 45-52. doi:10.37551/S2254-28842020005	X	
A_170	C, T., J, G., Z, M., A, M., F, B., J, C., . . . J, B. (2019). Low persistence with oral bisphosphonate treatment in postmenopausal osteoporosis. <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 44(2), 114-125.	X	
A_171	Calderón, C., Carrete, L., & Vera, J. (2018). Validación de una escala de creencias de salud sobre diabetes tipo 1 para el contexto mexicano: HBM-T1DM. <i>Validation of a scale of health beliefs about type 1 diabetes for the Mexican context: HBM-T1DM.</i> , 60(2), 175-183. doi:10.21149/8838	X	
A_172	Campo, F., Sanabria-Arenas, F., & Hidalgo-Martínez, P. (2017). Tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) con presión positiva en la vía aérea (PAP). <i>Treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) with positive airway pressure (PAP).</i> 65, 129-134. doi:10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59569	X	
A_173	Canteros, C. E. (2018). PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: CRÓNICA DE UNA ENFERMEDAD OLVIDADA. <i>Paracoccidioidomycosis: chronicle of a neglected disease.</i> , 78(3), 180-184.	X	
A_174	Cardona-Duque, D. V., Medina-Pérez, Ó. A., Herrera-Castaño, S. M., & Orozco-Gómez, P. A. (2017). Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. <i>Adhesión al tratamiento antirretroviral y factores asociados en personas viviendo con VIH/sida en Quindío, Colombia.</i> , 65(3), 403-410. doi:10.15446/revfacmed.v65n3.55535	X	
A_175	Carolina Iris, P. G., Silvia Deborah, O., Pedro, C., Marcelo Domingo, B., & Dorina, S. (2015). Síndrome coronario agudo y autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes varones. <i>Acute coronary syndrome and self-efficacy for coping with stress: observational study in male patients.</i> , 31(4), 367-374.	X	
A_176	Carrillo-Esper, R., & Peña-Pérez, C. A. (2015). Definiciones y abordaje de la hemorragia crítica. <i>Revista Mexicana de Anestesiología</i> , 38, S374-S379.	X	
A_177	Carrillo-Moreno, C. I., Escobar-Serna, D. P., de Jesús González-Vélez, S., & Lozano-Marquez, E. (2017). Hand Transplantation: Current concepts and management algorithm. <i>Trasplante de mano: conceptos actuales y algoritmo de manejo.</i> , 65(3), 491-500. doi:10.15446/revfacmed.v65n3.56151	X	

Código	Referencia	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_178	Cártes, P. G., Cruces, F. W., Erazo, M. R., & Palacios, E. Á. (2016). Satisfacción del uso de brackets metálicos en relación a higiene oral, confort y autopercepción estética. <i>Satisfaction with the use of metal brackets in relation to oral hygiene, comfort and esthetic self-perception.</i> , 53(1), 21-27.	X	
A_179	Castellanos Soriano, F. (2012). Practicas religiosas en un grupo de personas mayores en situacion de discapacidad y pobreza. <i>Praticas religiosas em um grupo de pessoas idosas em situacao de incapacidade e pobreza.</i> , 14(2), 51-61.	X	
A_180	Catalina Arcos-Medina, L., MÉNdez-Toro, A., Tatiana Rojas-Ruiz, I., Guillermo Torres-Riveros, S., & Camilo Tabares-Rodríguez, S. (2020). Caracterización clínico epidemiológica de pacientes hospitalizados con diagnóstico de falla cardiaca descompensada con fracción de eyección reducida. <i>Epidemiological and clinical characterization of patients hospitalized for decompensated heart failure with reduced ejection fraction.</i> , 45(1), 1-9. doi:10.36104/amc.2020.1233	X	
A_181	Chae, D., Kim, S., Park, Y., & Hwang, Y. (2015). The Effects of an Academic-Workplace Partnership Intervention to Promote Physical Activity in Sedentary Office Workers. <i>Workplace Health &amp; Safety</i> , 63(6), 259-266. doi:10.1177/2165079915579576	X	
A_182	Chamorro, E. M., Plaza, L. D., Valencia, C. P., & Caicedo, Y. (2005). Strenghts [sic] and weaknesses in the management of central catheters in a neonatal intensive care unit. <i>Colombia Medica</i> , 36, 25-32.	X	
A_183	Charles, A., Girard, A., Buckinx, F., Mouton, A., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2020). Senior physical activity contests in nursing homes: a feasibility study. <i>Aging Clinical &amp; Experimental Research</i> , 32(5), 869-876. doi:10.1007/s40520-020-01529-9	X	
A_184	Chavarriga, J. C., BeltrÁN, J., Senior, J. M., FernÁNdez, A., Rodríguez, A., & Toro, J. M. (2014). Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. <i>Epidemiological and clinical characteristics, treatment and prognosis of patients with acute coronary syndrome in a specialized unit.</i> , 39(1), 21-28.	X	
A_185	Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. <i>Cognitive behavioral therapy for the acute major depressive episodes in bipolar I disorder.</i> , 37(2), 111-117.	X	
A_186	Chung, O. K. J., Li, H. C. W., Chiu, S. Y., Ho, K. Y. E., & Lopez, V. (2014). The impact of cancer and its treatment on physical activity levels and behavior in Hong Kong Chinese childhood cancer survivors. <i>Cancer nursing</i> , 37(3), E43-E51. doi:10.1097/NCC.0b013e3182980255	X	
A_187	Cioffi, J., Schmied, V., Dahlen, H., Mills, A., Thornton, C., Duff, M., . . . Kolt, G. S. (2010). Physical activity in pregnancy: Women's perceptions, practices, and influencing factors. <i>Journal of Midwifery and Women's Health</i> , 55(5), 455-461. doi:10.1016/j.jmwh.2009.12.003	X	
A_188	Contreras García, Y., Olavaria Bennett, S., Pérez Sánchez, M., Haemmerli Díaz, P., Cafferata, M. L., & Belizán, J. M. (2007). Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile. <i>Ginecología y Obstetricia de Mexico</i> , 75(1), 24-30.	X	
A_189	Cornejo, A. M., Calderón, M. J. E., & Retamal, P. T. (2010). Experiencia de trabajo grupal con padres de niños con síndrome de déficit atencional. <i>Experience of therapy group to parents of children with attention deficit disorder.</i> , 50(3), 235-240.	X	
A_190	Cristina Casas Piedrahíta, M., María Chavarro Olarte, L., & Cardona Rivas, D. (2013). ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA. 2010-2011. <i>MEDICATION ADHERENCE TO HIGH BLOOD PRESSURE CONTROL IN TWO MUNICIPALITIES OF COLOMBIA. 2010-2011.</i> , 18(1), 81-96.	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_191	Cristina Oliveira, A., de Paula, A. O., & Sarmento Gama, C. (2017). <b>Control de la higiene de manos: observación directa versus tasa autorreportada. <i>Monitoring hand hygiene: direct observation versus self-report rates.</i></b> , 16(4), 324-333. doi:10.6018/eglobal.16.4.277861	X	
A_192	Curioso, W. H., Gozzer, E., & Abad, J. R. (2011). <b>Acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación y percepciones hacia un sistema informático para mejorar la adherencia al tratamiento, en médicos endocrinólogos de un hospital público de Perú. <i>Access and use of information and communication technologies and perceptions towards a system to improve treatment adherence in endocrinology physicians from a Peruvian public hospital.</i></b> , 22(1), 15-22. doi:10.20453/rmh.v22i1.1095	X	
A_193	Currie, A. J., Heslop, D. J., & Winter, S. M. (2011). <b>H1N1 in the field: The impact on Australian Defence Force Field Exercise Talisman Sabre 09. <i>Australasian Emergency Nursing Journal</i></b> , 14(2), 103-107. doi:10.1016/j.aenj.2011.03.002	X	
A_194	D, V.-V., N, D.-M., J. A, P.-G., & A, R.-P. (2015). <b>Control de daño de extremidad pélvica en lesión compleja del pie. Reporte de un caso. <i>Acta Ortopedica Mexicana</i></b> , 29(5), 275-279.	X	
A_195	da Silva Araújo Gonçalves, I., Ygnatios Ferreira, N. T. M., dos Santos Reis, P. V., & das Graças Pena, G. (2015). <b>FATORES INTERVENIENTES NO SEGUIMENTO DO TRATAMENTO NUTRICIONAL PARA REDUÇÃO DE PESO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BRASIL. <i>FACTORS INVOLVED AT THE FOLLOW-UP OF NUTRITIONAL TREATMENT TO REDUCE WEIGHT IN WOMEN FROM ONE BASIC HEALTH UNIT IN BRAZIL.</i></b> , 6(1), 914-922. doi:10.15649/cuidarte.v6i1.157	X	
A_196	da Silva Tavares, C. C., de Souza Neto, V. L., Fernandes Gurgel, A. L. P., da Silva, B. C. O., de Negreiros, R. V., Teixeira Rocha, C. C., & da Silva, R. A. R. (2017). <b>Prevalência do diagnóstico de Enfermagem ansiedade em pessoas com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. <i>Prevalence of Nursing diagnosis of anxiety in people with the Acquired Immunodeficiency Syndrome.</i></b> , 33(3), 1-1.	X	
A_197	Da Silva, C. C., Souza, G. T., Da Silva, N. A., De Araújo Lopes, L., & Fiuza Bacelar, L. F. (2016). <b>ATENÇÃO FARMACÉUTICA NA ADMINISTRAÇÃO DE ANTI-HIPERTENSIVOS EM IDOSOS. <i>WARNING IN PHARMACEUTICAL ANTIHYPERTENSIVE MANAGEMENT IN ELDERLY.</i></b> , 16(3), 154-162.	X	
A_198	Dávila Zerpa, A. I. (2019). <b>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD, AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON EL CONTROL GLICEMICO EN ADOLESCENTES DIABETICOS TIPO 1. SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA. INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES. MERIDA, VENEZUELA. <i>Level of knowledge about their disease, self-esteem, social support and its relation with the glycaemic control in adolescents, diabetics type 1. Endocrinology Service. University of the Andes Hospital, Mérida, Venezuela.</i></b> , 28(2), 6-18.	X	
A_199	De Carvalho Reis, L. R., Bezerra Do Vale, L. M. V., Da Silva Santos, A. M., De Carvalho, R. B., & Torres, M. V. (2019). <b>PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: DIÁLOGO SOBRE SAÚDE BUCAL DA MULHER EM UM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA. <i>PRACTICES OF POPULAR EDUCATIONS IN HEALTH: DIALOGUE ON WOMEN'S BUCAL HEALTH IN A PHYSICAL ACTIVITY GROUP.</i></b> , 28(1), 11-14.	X	
A_200	De la Luz Casas-Martínez, M., & Zepeda-López, E. G. (2012). <b>Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público. <i>Perception of adherence to the Patient's Bill of Rights: 8 years experience in a public hospital.</i></b> , 17(3), 120-125.	X	
A_201	De Oliveira, V. H., Mendes Rebouças, G., Brandão De Albuquerque Filho, N. J., Morais De Azevedo, K. P., Ferreira Matos, V. A., Veloso Da Silva, F., . . . Felipe, T. R. (2018). <b>EFEITO DA MÚSICA MOTIVACIONAL SOBRE AS RESPOSTAS PERCEPTUAIS E AFETIVAS DE MULHERES IDOSAS DURANTE CAMINHADA: UM ESTUDO CRUZADO RANDOMIZADO. <i>EFFECT OF MOTIVATIONAL MUSIC ON PERCEPTUAL AND AFFECTIVE RESPONSES IN OLDER WOMEN DURING WALKING: A RANDOMIZED CROSSOVER STUDY.</i></b> , 24(3), 51-55.	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_202	de Paiva Lima Furtado, A. R., Gonçalves Machado, P. M., & do Nascimento Fernandes Carneiro, M. (2019). Técnica de Imaginación Guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. <i>Guided Imagery Technique on managing maternal anxiety during pregnancy: integrative review.</i> , 18(1), 608-620. doi:10.6018/eglobal.18.1.313361	X	
A_203	De Salazar, L. (2011). Articulación de sistemas de vigilancia en salud pública a la evaluación de efectividad de programas. <i>Linking public health surveillance systems to program effectiveness evaluation.</i> , 42(3), 342-351.	X	
A_204	de Souza Reis, V., Moura, R. A., do Vale, G. T., Fernandes, M. R., Rascado, R. R., & Marques, L. A. M. (2013). Consejos farmacéuticos a pacientes con trastornos de humor. <i>Pharmacist counseling for patients with mood disorders.</i> , 47(3), 353-362.	X	
A_205	de Souza, G. M., de Siqueira, K. L. A., dos Santos Neves, A. C. P., Costa Melo, A. R., Maciel Scalco, L., & da Silva Scalco, M. G. (2015). Tratamento farmacológico da enurese noturna na infância: uma revisão de literatura. <i>Pharmacological treatment for nocturnal enuresis in children: a review article.</i> , 4(1), 97-106.	X	
A_206	Del Cristo Martínez, A., & ChÁvez Vivas, M. (2012). Contención de la resistencia bacteriana. Un enfoque desde la enfermería. <i>Containing bacterial resistance. An approach based on the nursing practice.</i> , 30(3), 93-101.	X	
A_207	Denizon Arranz, S., Carrillo de Albornoz, P. A., Coca Pereira, C., Pérez Viejo, J. M., Costa Cabanillas, M., Cervera Barba, E., & García Llana, H. (2020). Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: protocolo de 5 pasos. <i>Conscious communication to accompany effectively: protocol of 5 steps.</i> , 17(1), 165-177. doi:10.5209/psic.68248	X	
A_208	Dennis, R. J., Roa, J. H., Villadiego, J., Méndez, F., Vieda, E., & Restrepo, H. (2011). Profilaxis de la tromboembolia venosa en pacientes colombianos de tratamiento médico o quirúrgico: resultados para Colombia del estudio ENDORSE. <i>Venous thromboembolism prophylaxis in Colombian surgical and medical patients: Results for Colombia of the ENDORSE study.</i> , 31(2), 200-208. doi:10.7705/biomedica.v31i2.304	X	
A_209	Dias Machado, R., de Almeida, R. M. M., da Silveira Perla, A., & Scheffer, M. (2017). Esclerose Múltipla e Diferentes Escores da Escala Expandida do Estado de Incapacidade (EDSS): funções executivas e qualidade de vida. <i>Multiple Sclerosis and Different Scores Expanded Disability Status Scale (EDSS): executive functions and quality of life.</i> , 11(2), 55-68. doi:10.7714/CNPS/11.1.202	X	
A_210	Dos Santos Antunes JÚnior, B., De Sousa Sales, C., Silva, D. C. R. M., & De Souza, J. H. K. (2019). ALTERNATIVAS À INSULINOTERAPIA DISPONÍVEIS NO SUS PARA GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL. <i>ALTERNATIVES TO INSULINOTHERAPY AVAILABLE IN SUS FOR PREGNANT WITH DIABETES GESTACIONAL.</i> , 27(2), 71-81.	X	
A_211	Duran-Palomino, D., Chapetón, O., Martínez-Santa, J., Campos-Rodríguez, A., & Ramírez-Vélez, R. (2013). CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES EN REHABILITACIÓN RESPIRATORIA DE LA BRITISH THORACIC SOCIETY EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA: ESTUDIO EN FISIOTERAPEUTAS COLOMBIANOS. <i>ADHERENCE TO THE RECOMMENDATIONS IN RESPIRATORY REHABILITATION OF THE BRITISH THORACIC SOCIETY IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS: A STUDY OF COLOMBIAN PHYSIOTHERAPISTS.</i> , 30(2), 256-261.	X	
A_212	Duran-Sindreu, S. F., Grasa-Bello, E., Corripio-Collado, I., Sauras-Quetcuti, R. B., Keymer-Gausset, A., Roldán-Bejarano, A., . . . Álvarez-Martínez, E. (2013). Síndrome post-inyección por olanzapina de liberación retardada: Breve revisión a propósito de un caso. <i>Olanzapine long-acting post-injection syndrome: A case report and brief review.</i> , 41(1), 60-62.	X	
A_213	Echarri Arrieta, E. (2015). El tratamiento de la hiperfosfatemia en pacientes sometidos a diálisis. <i>The treatment of hyperphosphataemia in patients undergoing dialysis.</i> (206), 4-13.	X	
A_214	Echeburúa, E., Amor, P. J., & Gómez, M. (2017). Current psychological therapeutic approaches for gambling disorder with psychiatric comorbidities: A narrative review. <i>Salud Mental</i> , 40(6), 299-305. doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.038	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_215	Edbrooke, L., Aranda, S., Granger, C. L., McDonald, C. F., Krishnasamy, M., Mileshekin, L., . . . Denehy, L. (2017). <b>Benefits of home-based multidisciplinary exercise and supportive care in inoperable non-small cell lung cancer - protocol for a phase II randomised controlled trial.</b> <i>BMC cancer</i> , 17, 1-12. doi:10.1186/s12885-017-3651-4	X	
A_216	Enrique Machado-Alba, J., Enrique Machado-Duque, M., Calderón Flórez, V., Gonzalez Montoya, A., Cardona Escobar, F., Ruiz García, R., & Montoya Cataño, J. (2013). <b>Are we controlling postoperative pain? ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico?</b> , 41(2), 132-138.	X	
A_217	Escobar-Córdoba, F., & Echeverry-Chabur, J. (2017). <b>Psicoeducación en el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS).</b> <i>Psychoeducation in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS)</i> . 65, 105-107. doi:10.15446/revfacmed.v65n1Sup.59544	X	
A_218	Espinoza Diaz, C., Basantes Herrera, S., Toala Guerrero, J., Barrera Quilligana, P., Chiluisa Vaca, P., Sánchez Centeno, P., . . . Heredia Faz, R. (2019). <b>Explorando nuevas opciones farmacológicas en el tratamiento de la diabetes mellitus. Exploring new pharmacological options in the treatment of diabetes mellitus.</b> , 38(6), 754-757.	X	
A_219	<b>Evaluación y tratamiento ambulatorio de la acumulación compulsiva en un paciente con patología del espectro psicótico</b> , 2014).	X	
A_220	<b>Evaluation of the combination of psychosocial and pharmacological treatment in schizophrenic patients.</b> (2002)	X	
A_221	<b>Feocromocitoma y embarazo. Reporte de un caso</b> , 2015).	X	
A_222	Fernandes, R. A., Padula Ribeiro-Pereira, A. C., Decimoni, T., Ferrarezzo, F., Danzmann Zillmer, V., & Lopes Aquino, J. T. (2020). <b>Tratamento do HIV/AIDS no Brasil: impacto da adesão sobre a utilização de recursos e custos.</b> <i>HIV/AIDS treatment in Brazil: impact of adherence on resource utilization and costs.</i> , 12(1), 81-87. doi:10.21115/JBES.v12.n1.p81-7	X	
A_223	Fitzpatrick, C., Burkhalter, R., & Asbridge, M. <b>Characteristics of Canadian Youth Adhering to Physical Activity and Screen Time Recommendations.</b> <i>Journal of School Nursing</i> . doi:10.1177/1059840519881185	X	
A_224	Fleiner, T., Zijlstra, W., Dauth, H., & Haussermann, P. (2015). <b>Evaluation of a hospital-based day-structuring exercise programme on exacerbated behavioural and psychological symptoms in dementia - the exercise carousel: study protocol for a randomised controlled trial.</b> <i>Trials</i> , 16. doi:10.1186/s13063-015-0758-2	X	
A_225	Flores-Espinosa, J. A., & Romero-Flores, J. (2011). <b>Distracción osteogénica bifocal como alternativa para reconstrucción mandibular.</b> <i>Revista Medica del IMSS</i> , 49(6), 659-644.	X	
A_226	<b>Fractura de escafoides carpiano en el niño. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía</b> , 2013	X	
A_227	Franco, R. C., Becker, T. A. C., Hodniki, P. P., Zanetti, M. L., de Oliveira Sigoli, P. B., & de Souza Teixeira, C. R. (2018). <b>Telephone support for adherence to healthy eating practices among people with type 2 diabetes mellitus.</b> <i>Asistencia telefónica en la adherencia a la práctica de una dieta saludable de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</i> , 17(2), 175-184. doi:10.6018/eglobal.17.2.277821	X	
A_228	Fresan, A., Apiquian, R., Nicolini, H., & García-Anaya, M. (2007). <b>ASSOCIATION BETWEEN VIOLENT BEHAVIOR AND PSYCHOTIC RELAPSE IN SCHIZOPHRENIA: ONCE MORE THROUGH THE REVOLVING DOOR?</b> <i>Salud Mental</i> , 30(1), 25-30.	X	
A_229	Frías-Toral, E., Almazán Cárdenas, C., & Santana Porbén, S. (2018). <b>SOBRE EL ESTADO DE LAS REVISTAS IBEROLATINOAMERICANAS DEDICADAS A LAS CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN.</b> <i>Revista Cubana de Alimentación y Nutrición</i> , 28(1), 107-124.	X	
A_230	G, L. B., P, I. B., & B, E. C. (2012). <b>p16INK4a como predictor de evolución clínica en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC-I): serie de casos.</b> <i>Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología</i> , 77(2), 106-110. doi:10.4067/S0717-75262012000200005	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_231	Gaitán-Duarte, H. G., Gonzalez-Gordon, L. M., Ángel-Müller, E., Rincón, C., Newman, L., Laverty, M., . . . Pérez, F. (2016). Comparative effectiveness of single and dual rapid diagnostic tests for syphilis and HIV in antenatal care services in Colombia. <i>Comparación de la eficacia de la prueba rápida individual y la prueba rápida dual para el diagnóstico de la sífilis y la infección por el VIH en los servicios de atención prenatal en Colombia.</i> , 40(6), 455-461.	X	
A_232	Galdames Cruz, S., Jamet Rivera, P., Bonilla Espinoza, A., Quintero Carvajal, F., & Rojas Muñoz, V. (2019). CREENCIAS SOBRE SALUD Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS JÓVENES: ESTUDIO BIOGRÁFICO DE ESTILOS DE VIDA. <i>BELIEFS ON HEALTH AND SELF-CARE PRACTICES IN YOUNG ADULTS: BIOGRAPHICAL STUDY OF LIFESTYLES.</i> , 24(1), 28-43. doi:10.17151/hpsal.2019.24.1.4	X	
A_233	Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., . . . Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. <i>Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Mexican population of cancer patients.</i> , 38(4), 253-258. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.035	X	
A_234	García Gómez, M. M. (2016). Study of characterization of biohazard accidents in students of the Faculty of Health Sciences. College Institution. Cali. 2013. <i>Estudio de caracterización de accidentes biológicos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Libre. Seccional Cali. 2013.</i> , 15(42), 215-231.	X	
A_235	García Meza, W. J. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. d. l. Á., & Delabra Salinas, M. M. (2015). Theoretical knowledge and adherence to peritoneal dialysis procedure by the patient or a family member. <i>Enfermería Nefrológica</i> , 18(2), 130-136.	X	
A_236	García Zaragoza, M. E., Arocas Ruiz, N., Puerta Rodríguez, M. D., Mira Padilla, J. A., Arnaudás Hidalgo, D., & Avío Schmidt, M. (2018). Marketing para comunicar servicios profesionales farmacéuticos: experiencia en una farmacia comunitaria de l'Alfàs del Pi. <i>Marketing to communicate pharmaceutical professional services: Experience of a community pharmacy in l'Alfàs del Pi.</i> , 10(4), 14-19. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2018/Vol10).004.03	X	
A_237	García-Llana, H., Barbero, J., Olea, T., Jiménez, C., del Peso, G., Miguel, J. L., . . . Selgas, R. (2010). Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. <i>Incorporation of a psychologist into a nephrology service: criteria and process.</i> , 30(3), 297-303. doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr.10407	X	
A_238	García-Llana, H., Serrano, R., & Cancio, H. (2018). Evaluación del impacto de un programa de formación en Entrevista Motivacional a enfermería nefrológica. <i>Assessing the impact of a training program in motivational interviewing to nephrology nursing.</i> , 21(4), 394-401. doi:10.4321/S2254-28842018000400009	X	
A_239	García-Vello, P., Smith, E., Elias, V., Florez-Pinzon, C., & Reveiz, L. (2018). Adherence to clinical trial registration in countries of Latin America and the Caribbean, 2015. <i>Adesão ao registro de ensaios clínicos em países da América Latina e Caribe, 2015.</i> , 42, 1-9. doi:10.26633/RPSP.2018.44	X	
A_240	García-Vicuña, R., Martín-Martínez, M. A., Gonzalez-Crespo, M. R., Tornero-Molina, J., Fernández-Nebro, A., Blanco-García, F. J., . . . Marsal-Barril, S. (2017). Documento de Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología para el manejo clínico del paciente con artritis reumatoide que no puede utilizar metotrexato. <i>Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology for the management of patients diagnosed with rheumatoid arthritis who cannot be treated with methotrexate.</i> , 13(3), 127-138. doi:10.1016/j.reuma.2016.10.002	X	
A_241	Girón V, J. M., Segura, E. R., C, V. S., A, R. V., L, X. S., & Cáceres, C. F. (2007). PERCEPCIONES DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN CINCO	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
	CIUDADES DEL PERÚ. PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS' PERCEPTIONS ABOUT HEALTH CARE SERVICES AND HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL TREATMENT: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN 5 CITIES OF PERU., 24(3), 211-217.		
A_242	Godoy C, C., Acevedo M, M., Barrera N, A., YismeyiÁN M, A., & Ugarte P, F. (2009). Hipertiroidismo en niños y adolescentes. <i>Hyperthyroidism in children and adolescents.</i> , 80(1), 21-29. doi:10.4067/S0370-41062009000100003	X	
A_243	Gómez Sánchez, P., Lozano, F., Velásquez, A., Marrugo, M., & Torres, L. (2015). Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia. <i>Impact of contraception counseling on choice of combined hormonal methods in Colombia.</i> , 37(6), 395-401.	X	
A_244	Gómez Venegas, Á. A., Moreno Castaño, L. A., & Roa Chaparro, J. A. (2018). Enfoque de la diarrea en pacientes infectados con VIH. <i>Approach to diarrhea in HIV patients.</i> , 33(2), 150-160. doi:10.22516/25007440.192	X	
A_245	Gómez-Díaz, R. A., & Wachter-Rodarte, N. H. (2014). Obesidad infantil y dislipidemia. <i>Childhood obesity and dyslipidemia.</i> , 52, S102-S108.	X	
A_246	Gómez-Sánchez, P. I., & Pardo, Y. (2010). PERCEPCIONES DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN BOGOTÁ (COLOMBIA) 2009. ESTUDIO CUALITATIVO. <i>Perception regarding contraceptive use in Bogotá, Colombia, 2009. A qualitative study.</i> , 61(1), 34-41.	X	
A_247	González, C., Sáenz, C., Herrmann, E., Jajati, M., Kaplan, P., & Monzón, D. (2012). TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO DE LA TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. <i>Directly observed treatment for tuberculosis in a Buenos Aires City hospital.</i> , 72(5), 371-379.	X	
A_248	González, L. C., Millán, A., Mantilla, S., Rodríguez, L., & Rodríguez, A. (2017). MOLUSCO CONTAGIOSO EN NIÑOS. TRATAMIENTO CON IMIQUIMOD AL 5% Y UREA AL 10% . ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO. <i>MOLLUSCUM CONTAGIOSUM IN CHILDREN. TREATMENT WITH IMIQUIMOD 5 % AND UREA 10 %. RANDOMIZED CLINICAL TRIAL.</i> , 80(3), 81-87.	X	
A_249	González-Acevedo, O., Hernández-Sierra, J. F., Salazar-Martínez, A., Mandeville, P. B., Valadez-Castillo, F. J., de la Cruz-Mendoza, E., & Algara, S. (2013). Efecto de la suplementación de omega 3 sobre IMC, ICC y composición corporal en mujeres obesas. <i>Effect of Omega 3 fatty acids on body female obese composition.</i> , 63(3), 224-231.	X	
A_250	Gutiérrez, D. A. V., Saldivia, S., Fernández, P. G., & Rovegno, C. I. (2019). Effectiveness of behavioral family therapy in people with schizophrenia: a randomized, controlled clinical trial. <i>Salud Mental</i> , 42(2), 65-72. doi:10.17711/SM.0185-3325.2019.009	X	
A_251	H, G. R., P, X. C., & Urrutia S, M. T. (2012). Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. <i>Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología</i> , 77(2), 111-115. doi:10.4067/S0717-75262012000200006	X	
A_252	Hernández Altamirano, S. V., Esquivias-Zavala, H., Maldonado Rubí, M. C., Ruiz-Velasco Acosta, S., & Reséndiz Barragán, A. M. (2016). Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica. <i>Salud Mental</i> , 39(3), 131-139. doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.011	X	
A_253	Hernández-Gómez, C., Motoa, G., Vallejo, M., Blanco, V. M., Correa, A., de la Cadena, E., & Villegas, M. V. (2015). Introduction of software tools for epidemiological surveillance in infection control in Colombia. <i>Introducción de herramientas informáticas para la vigilancia epidemiológica en el control de infecciones en Colombia.</i> , 46(2), 60-65.	X	
A_254	Hernández-Ruiz, E. A., Castrillón-Estrada, J. A., Acosta-Vélez, J. C., & Castrillón-Estrada, D. F. (2008). Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos. <i>Diabetes Mellitus in the emergency room: Handling acute complications in adults.</i> , 24(2), 273-293.	X	
A_255	Hilhesheim, E., & Ascari, R. A. (2015). EXAMES DIAGNÓSTICOS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM TRABALHADORAS DE UMA INDÚSTRIA FRIGORÍFICA. <i>DIAGNOSTIC TESTS FOR CERVICAL AND BREAST CANCER IN WORKERS OF A FRIDGE INDUSTRY.</i> , 10(3), 5-9.	X	

Código	Referencia	Exclusión Título	Exclusión Resumo
A_256	Hill, L. A., Ballard, C., & Cachay, E. R. (2019). The Role of the Clinical Pharmacist in the Management of People Living with HIV in the Modern Antiretroviral Era. <i>AIDS Reviews</i> , 21(4), 195-210. doi:10.24875/AIDSRev.19000089	X	
A_257	Hincapié-García, J. A., Quintero-Agudelo, M., Gaviria, J., Estupiñán-Cabrera, H., & Amariles, P. (2013). Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. <i>Causes of dropout, change or therapeutic failure to hormonal contraception in university women.</i> , 27(2), 153-162.	X	
A_258	Hinman, R. S., Campbell, P. K., Lawford, B. J., Briggs, A. M., Gale, J., Bills, C., . . . Bennell, K. L. (2019). Does telephone-delivered exercise advice and support by physiotherapists improve pain and/or function in people with knee osteoarthritis? <i>Telecare randomised controlled trial. British journal of sports medicine.</i> doi:10.1136/bjsports-2019-101183	X	
A_259	Hinman, R. S., Lawford, B. J., Campbell, P. K., Briggs, A. M., Gale, J., Bills, C., . . . Bennell, K. L. (2017). Telephone-Delivered Exercise Advice and Behavior Change Support by Physical Therapists for People with Knee Osteoarthritis: Protocol for the Telecare Randomized Controlled Trial. <i>Physical therapy</i> , 97(5), 524-536. doi:10.1093/ptj/pzx021	X	
A_260	Hoyos-Hernández, P. A., & Duarte-Alarcón, C. (2016). Roles y desafíos de mujeres jefas de hogar con VIH/Sida. <i>Roles and challenges of female heads of household with HIV/AIDS.</i> , 18(4), 554-567. doi:10.15446/rsap.v18n4.42096	X	
A_261	Huertas-Vieco, M. P., Pérez-García, R., Albalade, M., de Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., . . . Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. <i>Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic haemodialysis.</i> , 34(6), 737-742. doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477	X	
A_262	Ibáñez, C., Cáceres, J., Brucher, R., & Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: Una comorbilidad compleja y frecuente. <i>Mood disorders and substance use disorders: A complex and frequent comorbidity.</i> , 31(2), 174-182. doi:10.1016/j.rmcl.2020.02.005	X	
A_263	Inokuchi, S., Matsusaka, N., Hayashi, T., & Shindo, H. (2007). Feasibility and effectiveness of a nurse-led community exercise programme for prevention of falls among frail elderly people: a multi-centre controlled trial. <i>Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)</i> , 39(6), 479-485.	X	
A_264	Isabel Gallego-Vélez, L., Guillermo Gómez-Dávila, J., Zuleta-Tobón, J. J., Velásquez-Penagos, J. A., & Elena Uribe-Bravo, S. (2012). EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SÍFILIS CONGÉNITA A TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA REGIÓN DEL URABÁ, COLOMBIA, 2008. ESTUDIO DE ANTES Y DESPUÉS. <i>Evaluating the effect of an educational intervention regarding congenital syphilis in healthcare-workers in the Urabá region of Colombia, 2008. A before and after study.</i> , 63(4), 312-320. doi:10.18597/rcog.135	X	
A_265	Ivancevich, J. C., Cardona, V., Linnemann, D. L., Mullol, J., Neffen, H., Zernotti, M., . . . Alobid, I. (2019). Executive Summary of ARIA 2019: Integrated care pathways for allergic rhinitis in Argentina, Spain and Mexico. <i>Resumen ejecutivo de ARIA 2019: vías integradas de atención para la rinitis alérgica en Argentina, España y México.</i> , 66(4), 409-425. doi:10.29262/ram.v66i4.643	X	
A_266	J, B., E, C., J, G., C, V., J, R.-B., R, P., & X, N. (2016). Percepción de los profesionales médicos respecto la adherencia terapéutica de los pacientes con osteoporosis. <i>Medical professionals' perceptions regarding therapeutic adherence in patients with osteoporosis.</i> , 8(1), 15-23. doi:10.4321/s1889-836x2016000100003	X	
A_267	J. J, G.-G., E, S.-B., C, V.-L., L, M, C.-E., F, T.-R., & J, A.-V. (2017). Reunión multidisciplinaria sobre técnicas de aplicación para la restitución de fluido sinovial en pacientes con artritis de rodilla: puesta al día. <i>Acta Ortopédica Mexicana</i> , 31(6), 319-327.	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_268	Jakobsen, M. D., Sundstrup, E., Brandt, M., & Andersen, L. L. (2017). Factors affecting pain relief in response to physical exercise interventions among healthcare workers. <i>Scandinavian Journal of Medicine &amp; Science in Sports</i> , 27(12), 1854-1863. doi:10.1111/sms.12802	X	
A_269	Jeinnisse Álvarez-Cruces, D., & Otondo-Briceño, M. (2018). Transferencia de aprendizajes en estudiantes de Odontología de la Universidad de Concepción, Chile. <i>Transfer of Learning Types in Dental Students of Universidad de Concepción in Chile.</i> , 32(4), 143-183.	X	
A_270	Jiménez Olivas, N., Cabrera Majada, A., del Puy Heredia Ochoa, M., Moro Valverde, A., Martínez Rodríguez, M. L., & Muñoz García, C. (2019). Sistemas personalizados de dosificación en atención primaria: un estudio multidisciplinar. <i>Dose dispensing service in a primary health care area: A multidisciplinary study.</i> , 11(3), 5-12. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).003.02	X	
A_271	Jiménez-Aguilar, A., Gaona-Pineda, E. B., Mejía-Rodríguez, F., Gómez-Acosta, L. M., Méndez-Gómez Humarán, I., & Flores-Aldana, M. (2014). Consumption of fruits and vegetables and health status of Mexican children from the National Health and Nutrition Survey 2012. <i>Consumo de frutas y verduras y estado de salud de niños mexicanos a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.</i> , 56, S103-S112.	X	
A_272	João Seabra-Santos, M., Fernandes Azevedo, A., Carvalho Homem, T., Sofia Sousa, D., Baptista, E., Pimentel, M., . . . Filomena Gaspara, M. (2019). Promoção de Parentalidade Positiva nos Cuidados de Saúde Primários: Formação de Profissionais. <i>Promotion of Positive Parenting in Primary Health Care Settings: Training of Professionals.</i> , 8(1), 45-59. doi:10.5964/pch.v8i1.257	X	
A_273	Joaquín Mira, J., María Navarro, I., Guilabert, M., & Aranaz, J. (2012). Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. <i>Frequency of medication errors by patients.</i> , 31(2), 95-101. doi:10.1590/S1020-49892012000200001	X	
A_274	Juneau, A., Bolduc, A., Nguyen, P., Leclerc, B. S., Rousseau, J., Dube, F., . . . Kergoat, M. J. (2018). Feasibility of Implementing an Exercise Program in a Geriatric Assessment Unit: the SPRINT Program. <i>Canadian Geriatrics Journal</i> , 21(3), 284-289. doi:10.5770/cgj.21.311	X	
A_275	Jurado-Santa Cruz, F., & Páez-Agraz, F. (2016). De la evidencia a la experiencia: concordancia en el manejo tópico de la psoriasis. <i>From evidence to expertise: concordance in the topical management of psoriasis.</i> , 54(3), 304-311.	X	
A_276	Kaimenopoulos, F., Evangelidou, E., Darkadaki, A., Koukoularis, D., Mantzanas, M., Stamou, A., . . . Kyritsi, E. (2018). Correlation between physical activity and childhood obesity. <i>Hellenic Journal of Nursing</i> , 57(3), 312-326.	X	
A_277	Kaiser, B., & Razurel, C. (2013). Determinants of postpartum physical activity, dietary habits and weight loss after gestational diabetes mellitus. <i>Journal of Nursing Management (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 21(1), 58-69. doi:10.1111/jonm.12006	X	
A_278	Kerley da Silva, G., Zago Novaretti, M. C., & Caldeira Pedroso, M. (2019). PERCEPÇÃO DOS GESTORES QUANTO À ADERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO AO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP). <i>PERCEPTION OF MANAGERS REGARDING THE ADHERENCE OF A PUBLIC HOSPITAL TO THE NATIONAL PATIENT SAFETY PROGRAM (NPSP)</i> . 8(1), 80-95. doi:10.5585/rgss.v8i1.13680	X	
A_279	Kipping, R., Jago, R., Metcalfe, C., White, J., Papadaki, A., Campbell, R., . . . Moore, L. (2016). NAP SACC UK: protocol for a feasibility cluster randomised controlled trial in nurseries and at home to increase physical activity and healthy eating in children aged 2-4 years. <i>BMJ open</i> , 6(4), e010622. doi:10.1136/bmjopen-2015-010622	X	
A_280	La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. (2005).	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_281	Landa Rivera, R. A., Castillo Arcos, L. d. C., & Padilla Raygoza, N. (2019). Representación social de la diabetes tipo 2 en mujeres bajo la teoría del núcleo central. <i>Social Representation of the Diabetes Type 2 in Women according to the Central Core Theory.</i> , 21(1), 1-23. doi:10.11144/Javeriana.ie21-1.rsdm	X	
A_282	Leal de Jesus, L. L., Geremias Macedo, A., & Michel de Oliveira, D. (2019). PERFIL E COMPORTAMENTO DE PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA EM ACADEMIA DE GINÁSTICA DO SUDOESTE GOIANO. <i>Profile and behavior of practitioner of supervised physical activity in a gymnastic academy in southwest Goiás.</i> , 38(1), 27-39.	X	
A_283	Lee, B., Cuervo, L. G., Rodríguez-Feria, P., & Luciani, S. (2016). Analysis of registered cancer clinical trials in Latin America and the Caribbean, 2007-2013. <i>Análisis de los ensayos clínicos sobre el cáncer registrados en América Latina y el Caribe del 2007 al 2013.</i> , 39(2), 115-121.	X	
A_284	Lee, L. L., Kuo, Y. C., Fanaw, D., Perng, S. J., & Juang, I. F. (2012). The effect of an intervention combining self-efficacy theory and pedometers on promoting physical activity among adolescents. <i>Journal of clinical nursing</i> , 21(7-8), 914-922. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03881.x	X	
A_285	León, K., Urbina-Medina, H., Sanchez, E., Abraham, A., & Artis, M. T. (2015). PRODUCTOS Y EFECTOS. <i>PRODUCTS AND EFFECTS.</i> , 78(4), 129-134.	X	
A_286	Li, B., Liu, C., Wan, Q., & Yu, F. (2020). An integrative review of exercise interventions among community-dwelling adults with Alzheimer's disease. <i>International journal of older people nursing</i> , 15(1), e12287. doi:10.1111/opn.12287	X	
A_287	Liamputtong, P., Lam, J., & Hill, K. (2018). Exercise for Falls Prevention: Decision-making among Australian-born and Italian-born Older People. <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> , 42(4), 261-277. doi:10.1080/01924788.2017.1398036	X	
A_288	Licht-Ardila, M., Almeida-Arias, J., Bolívar-Salazar, F., Galván-Mármol, Y., & García-Trujillo, S. (2014). Rol del profesional de Enfermería en terapias de reemplazo renal, diálisis peritoneal. <i>Nursing's Role in Renal Replacement Therapies, Peritoneal Dialysis.</i> , 17(2), 107-113. doi:10.29375/01237047.2088	X	
A_289	Lindelof, N., Lundin-Olsson, L., Skelton, D. A., Lundman, B., & Rosendahl, E. (2017). Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes: "While it's tough, it's useful". <i>Plos One</i> , 12(11). doi:10.1371/journal.pone.0188225	X	
A_290	Liporace Barcelos, P. E., & Cavalcanti de Aguiar, A. (2019). A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)- Brasil. <i>The communication about HIV in health practices in the Unified Health System (SUS)-Brazil.</i> , S100-S111. doi:10.20318/recs.2019.4473	X	
A_291	Llanos-Zavalaga, L. F., Velásquez-Hurtado, J. E., García, P. J., & Gottuzzo, E. (2012). TUBERCULOSIS Y SALUD PÚBLICA: ¿DERECHOS INDIVIDUALES O DERECHOS COLECTIVOS? <i>TUBERCULOSIS AND PUBLIC HEALTH: ¿INDIVIDUAL RIGHTS OR COLLECTIVE RIGHTS?</i> , 29(2), 259-264. doi:10.1590/S1726-46342012000200016	X	
A_292	Lobato, R. D., Jiménez Roldan, L., Alen, J. F., Castaño, A. M., Munarriz, P. M., Cepeda, S., & Lagares, A. (2016). El nuevo programa de Residencia en Neurocirugía basado en competencias. <i>Revista Neurocirugia</i> , 27(2), 75-86. doi:10.1016/j.neucir.2016.02.001	X	
A_293	Loch, M. R., Fernando Dias, D., Rodrigues Castro, A. S., & Guerra, P. H. (2019). Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. <i>Remote control or unlikely control? Behavioral economics and the promotion of healthy behaviors.</i> , 43, 1-5. doi:10.26633/RPSP.2019.18	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_294	López Rangel, R., & Cárdenas Fandiño, M. (2015). CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON CÁNCER: ESTUDIO DE CASO. <i>CENTRAL CATHETER OF PERIPHERAL ACCESS IN PEDIATRIC PATIENT WITH CANCER : A CASE STUDY.</i> , 6(1), 982-990. doi:10.15649/cuidarte.v6i1.131	X	
A_295	López, F. J. C., Móndejar, J. J. R., & Gómez, J. Á. R. (2018). Factors that favor re-entry in intensive patients with acute coronary syndrome. <i>Factores que favorecen el reingreso en intensivos de pacientes con síndrome coronario agudo.</i> , 17(4), 49-63. doi:10.6018/eglobal.17.4.311591	X	
A_296	Lorenzo Sellarés, V. (2019). Utilidad de los parámetros urinarios en la enfermedad renal crónica avanzada. <i>Usefulness of urinary parameters in advanced chronic kidney disease.</i> , 39(2), 124-132. doi:10.1016/j.nefro.2018.06.008	X	
A_297	Lugo-Mata, Á. R., Urich-Landeta, A. S., Andrades-Pérez, A. L., León-Dugarte, M. J., Marcano-Acevedo, L. A., & Jofreed López Guillen, M. H. (2017). Factors associated with the level of knowledge about hypertension in primary care patients. <i>Medicina Universitaria</i> , 19(77), 184-188. doi:10.1016/j.rmu.2017.10.008	X	
A_298	Machado Diel, F., Duarte Assis, F., Brígida Dos Santos, F., Xavier, K. P., Furtado Valadão, A., Cia GonçAlves Da Motta, P., & Ennes Carrilho, L. (2020). ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE IDOSOS DO MOVIMENTO DA TERCEIRA IDADE DE IPATINGA - MG. <i>ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF THE ELDERLY OF THIRD AGE MOVEMENT IN IPATINGA - MG.</i> , 30(3), 13-18.	X	
A_299	Machado-Alba, J. E., Morales-Plaza, C. D., & Ossa-Aguirre, D. F. (2013). ADHERENCIA A LA ANTIBIOTERAPIA PREQUIRÚRGICA EN INTERVENCIONES GINECOOBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SA N JORGE, PEREIRA, COLOMBIA, 2010. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. <i>Compliance with pre-operative antibiotictherapy in obstetric and gynecologicalinterventions at the San Jorge UniversityHospital in Pereira, Colombia, 2010.A cross-sectional study.</i> , 64(1), 38-45.	X	
A_300	Maiolino, A., Pinto Neto, J. V., Teixeira Leite, L. G., Seguro, F. S., Tobias Braga, W. M., Zanella, K. R., . . . Tanaka, P. Y. (2018). Unmet needs in multiple myeloma in Brazil from physicians' perspective - barriers in quality of life and disease management. <i>Necessidades não atendidas em mieloma múltiplo no Brasil sob a perspectiva de médicos - barreiras na qualidade de vida e manejo da doença.</i> , 10(2), 165-171. doi:10.21115/JBES.v10.n2.p165-171	X	
A_301	Makaruk, B., Galczak-Kondraciuk, A., Forczek, W., Grantham, W., & Charmas, M. (2019). The Effectiveness of Regular Exercise Programs in the Prevention of Gestational Diabetes Mellitus - A Systematic Review. <i>Obstetrical and Gynecological Survey</i> , 74(5), 303-312. doi:10.1097/OGX.0000000000000673	X	
A_302	Maloney, S., Haas, R., Keating, J. L., Molloy, E., Jolly, B., Sims, J., . . . Haines, T. (2011). Effectiveness of Web-based versus face-to-face delivery of education in prescription of falls-prevention exercise to health professionals: randomized trial. <i>Journal of medical Internet research</i> , 13(4), e116-e116. doi:10.2196/jmir.1680	X	
A_303	Manrique, H., Pinto, M., Ramirez-Saba, A., Zapana, A., & Aro-Guardia, P. (2011). Diabetes tipo 2, obesidad y cetoacidosis diabética en niños. Reporte de caso. <i>Type 2 diabetes, obesity and diabetic ketoacidosis in children. Case report.</i> , 22(3), 139-142. doi:10.20453/rmh.v22i3.1088	X	
A_304	Mantilla-Urbe, B. P., del Pilar Oviedo-Cáceres, M., Hernandez-Quirama, A., & Hakspiel-Plata, M. C. (2015). Intervención educativa con docentes: fortalecimiento de habilidades psicosociales para la vida y hábitos saludables con escolares en Bogotá. <i>An educational intervention with teachers: strengthening the psychosocial life skills and healthy habits of school students in Bogotá.</i> , 33(3), 406-413. doi:10.17533/udea.rfnsp.v33n3a10	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_305	Marín-Navarrete, R., Quintero, J., Correias-Lauffer, J., Cortés-Ramírez, J., & Villalobos-Gallegos, L. (2016). <b>Psychiatric symptoms, substance use, and other medical conditions in patients with obesity who seek treatment for weight loss.</b> <i>Salud Mental</i> , 39(3), 109-116. doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.008	X	
A_306	Márquez-Contreras, E., Gil-Guillén, V., Nadal-Sánchez, A., Plazas-Fernández, M. J., Heras-Navarro, J., Galván-Cervera, J., & Porcel-Carbonell, J. (2009). <b>Estudio sobre el cumplimiento subjetivo y la aceptabilidad de lansoprazol comprimidos bucodispersables en traumatología. Estudio ECOF-TR. A study on the subjective compliance and acceptance of oral lansoprazole in traumatology.</b> <i>The ECOFT-TR Study.</i> , 5(2), 49-54. doi:10.1016/j.reuma.2008.06.001	X	
A_307	Martínez Calvo, S. I., & Pérez Acuña, Y. (2016). <b>Comportamiento ético-moral de personas con VIH/sida en un área de salud.</b> <i>Ethical-moral behavior of people with HIV/AIDS in a health area.</i> , 54(2), 3-17.	X	
A_308	Martínez-Sánchez, C., Borrayo, G., Carrillo, J., Juárez, U., Quintanilla, J., & Jerjes-Sánchez, C. (2016). <b>Clinical management and hospital outcomes of acute coronary syndrome patients in Mexico: The Third National Registry of Acute Coronary Syndromes (RENASICA III). Abordaje clínico y evolución hospitalaria en pacientes mexicanos con síndrome coronario agudo: El Tercer Registro Nacional de Síndromes Coronarios Agudos (RENASICA III).</b> 86(3), 221-232. doi:10.1016/j.acmx.2016.04.007	X	
A_309	Martins Fernandes, H. I. V., Andrade, L. M. C., Martins, M. M. F., Martins, M. T., Rolim, K. M. C., & Guerra-Martín, M. D. (2019). <b>Consumption of addictive substances, tobacco, alcohol and marijuana by students of North Portugal.</b> <i>Consumo de sustancias adictivas, tabaco, alcohol y marihuana, en los estudiantes del Norte de Portugal.</i> , 18(2), 200-209. doi:10.6018/eglobal.18.2.307801	X	
A_310	Martins Souza, T. P., De Souza Rocha, I. L., Aparecida da Cruz, Y., Duarte Valim, M., Martínez Espinosa, M., & Borges de Moraes, R. (2020). <b>Factores impactantes en la adhesión y conocimiento del equipo de enfermería a las precauciones-estándar.</b> <i>Impacting factors on nursing staff adherence and knowledge of standard precautions.</i> , 19(1), 423-438. doi:10.6018/eglobal.19.1.373851	X	
A_311	Martins, M. d. F. A. E., Carvalho, R., Alves, M., Ferreira, C. A. M. d. S., & Bicho, M. D. P. (2008). <b>POLIMORFISMOS GENÉTICOS DA PROTEÍNA TIROSINA FOSFATASE DE BAIXO PESO MOLECULAR (LMW-PTP): SUA RELAÇÃO COM O FENÓTIPO ENZIMÁTICO ERITROCITÁRIO EM DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.</b> <i>Genetic Polymorphisms of Low Molecular Weight Protein Tyrosine Phosphatase (LMW-PTP): relationship with erythrocyte enzymatic phenotype in patients with Systemic Lupus Erythematosus.</i> , 33(2), 177-187.	X	
A_312	Martins, P., Barreira, S. C., Melo, A. T., Campanilho-Marques, R., Reis, P. C., Fonseca, J. E., & Ramos, F. O. (2019). <b>OUTCOME OF TRANSITION OF CARE IN YOUNG ADULTS WITH JUVENILE ONSET CHRONIC RHEUMATIC DISEASES.</b> <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 101-102.	X	
A_313	Mason, L., Roe, B., Wong, H., Davies, J., & Bamber, J. (2010). <b>The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial.</b> <i>Journal of clinical nursing</i> , 19(19-20), 2777-2786. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03297.x	X	
A_314	Mastroianni, P. d. C., Lucchetta, R. C., Sarra, J. d. R., & Galdurçz, J. C. F. (2011). <b>Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil.</b> <i>Household storage and use of medications in a population served by the family health strategy in Brazil.</i> , 29(5), 358-364. doi:10.1590/S1020-49892011000500009	X	
A_315	Matiz, G., Osorio, M. R., Camacho, F., Atencia, M., & Herazo, J. (2012). <b>Diseño y evaluación in vivo de fórmulas para acné basadas en aceites esenciales de naranja (Citrus sinensis), albahaca (Ocimum basilicum L) y ácido acético.</b> <i>Effectiveness of antimicrobial formulations for acne based on orange (Citrus sinensis) and sweet basil (Ocimum basilicum L) essential oils.</i> , 32(1), 125-133.	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_316	Mazzoglio y Nabar, M., Algeri, R. D., Tornese, E., Dogliotti, C., Ferrante, S., Gazzotti, A., . . . Viñas, J. (2016). Afrontamiento cadavérico y uso de tecnología virtual: Respuestas subjetivas de alumnos de Anatomía y su impacto en las estrategias de enseñanza. <i>Cadaveric facing and using of virtual technology: Subjective responses of students of Anatomy and its impact on teaching strategies.</i> , 7(3), 115-124.	X	
A_317	McQueen, D., Lakes, K., Rich, J., Vaughan, J., Hayes, G., Cooper, D., & Olshansky, E. (2013). Feasibility of a Caregiver-Assisted Exercise Program for Preterm Infants. <i>Journal of Perinatal &amp; Neonatal Nursing</i> , 27(2), 184-192. doi:10.1097/JPN.0b013e31828b244a	X	
A_318	Menczes-Cabral, R. L., Silva-Dantas, P. M., Montenegro-Neto, A. N., & Knackfuss, M. I. (2009). Efeitos de Diferentes Treinamentos e Estilos de Vida nos Indicadores Antropométricos e Cardiocirculatorios no Envelhecimento. <i>Effects of different types of training and life styles on anthropometric and cardiocirculatory markers in aging.</i> , 11(3), 359-369. doi:10.1590/S0124-00642009000300005	X	
A_319	Molina Águila, N., & Oquendo de la Cruz, Y. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la adherencia al lavado de manos en personal de salud. <i>Knowledge, attitudes and practices related to the adherence of handwashing in health personnel.</i> , 92(2), 1-17.	X	
A_320	Montoya, A., Sánchez-Toledo, J. P., Gilaberte, I., González-Pinto, A., Haro, J. M., Vieta, E., & Tohen, M. (2007). Patrones de tratamiento farmacológico para el episodio maniaco en la práctica clínica. Resultados de la muestra española en el estudio EMBLEM. <i>Patterns of drug treatment for manic episode in the clinical practice. Outcomes of the Spanish sample in the EMBLEM Study.</i> , 35(5), 315-322.	X	
A_321	Moonaghi, H. K., Zeydi, A. E., & Mirhaghi, A. (2016). Patient education among nurses: bringing evidence into clinical applicability in Iran. <i>La educación al paciente entre las enfermeras: brindando evidencia en la aplicabilidad clínica en Irán.</i> , 34(1), 137-151. doi:10.17533/udea.iee.v34n1a16	X	
A_322	Morais, M., De Castro, J. M., Santos, A., Rodrigues, D., Portuense, D., Marta, F., . . . Nascimento Alves, R. (2017). METODOS CONTRACEPTIVOS INTRAUTERINAS (DIU) NÃO HORMONAL VANTAGENS E DESVANTAGENS: REVISÃO DE LITERATURA. <i>INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE METHODS (IUD) NOT HORMONAL ADVANTAGES AND DISADVANTAGES: LITERATURE REVIEW.</i> , 19(3), 87-90.	X	
A_323	Morales G, J. L., Olmos-de-Aguilera A, R., Sánchez T, C., & Sáez Q, D. (2018). Divertículo de Meckel volvulado asociado a brida como causa de obstrucción en intestino delgado. <i>Volvulated Meckel's diverticulum associated to intestinal adhesion as a cause of small bowel obstruction.</i> , 70(4), 358-361. doi:10.4067/s0718-40262018000300358	X	
A_324	Morales-Sánchez, L. G., & García-Ubaque, J. C. (2019). Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. <i>Perceived service quality in the Bogotá public health system.</i> , 21(1), 128-134. doi:10.15446/rsap.V21n1.83138	X	
A_325	Morillo-Gallego, N., Merino-Martínez, R. M., Sánchez-Cabezas, A. M., & Alcántara-Crespo, M. (2019). Alteraciones de la piel del paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Una revisión sistemática. <i>Skin alterations in patients with Advanced Chronic Kidney Disease. A systematic review.</i> , 22(3), 224-238. doi:10.4321/S2254-28842019000300002	X	
A_326	Mosquera Klinger, G. A., Alberto García, Á., Bohórquez Rodríguez, R., & Muñoz Velandia, Ó. (2015). Adherencia a guías de infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST en un Hospital Universitario de nivel IV en Bogotá, Colombia, en periodos comprendidos entre enero de 2008 y julio de 2011. <i>Adherence to Guidelines for Acute Myocardial Infarction with ST Segment Elevation in a University Hospital of 4th level in Bogota (Colombia) between January 2008 and July 2011.</i> , 56(1), 20-31.	X	
A_327	Murga Eizagaechavarria, N. (2016). e-ciudadanos, e-salud y redes sociales Organizarse y formarse en alimentación y salud. <i>e-citizens, e-health and social networks. how to organize and learn about food and health.</i> , 7, S139-S144. doi:10.20318/recs.2016.3133	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_328	Naranjo-Orellana, J., Alonso-Alfonseca, F. J., Carranza-Márquez, M. D., & Rueda-Puente, J. D. (2018). Hábitos nutricionales y de actividad física en escolares de educación primaria: datos del estudio longitudinal "OBIN" 2011-2017. <i>Nutritional habits and physical activity in primary school children: data from the longitudinal study "OBIN" 2011-2017.</i> , 11(4), 199-204. doi:10.33155/j.ramd.2018.11.003	X	
A_329	Negret-Delgado, M. d. P., Puentes-Corredor, S., Oliveros, H., Poveda-Henao, C. M., Pareja-Navarro, P. A., & Boada-Becerra, N. A. (2016). Adherencia a la guía de manejo de sepsis severa y choque séptico en pacientes mayores de 65 años que ingresan a UCI. <i>Adherence to guidelines for management of severe sepsis and septic shock in patients over 65 admitted to ICU.</i> , 44(4), 299-304. doi:10.1016/j.rca.2016.06.009	X	
A_330	Nemoto, J., & De Toledo, C. E. M. (2015). TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SEUS EFEITOS NEUROCOGNITIVOS COM REPERCUSSÃO IMUNOLÓGICA. <i>ANTIRETROVIRAL THERAPY AND ITS NEUROCOGNITIVE EFFECTS WITH IMMUNOLOGIC IMPACT.</i> , 12(1), 62-72.	X	
A_331	Nietsche, E. A., Papa, M. M., Gonçalves Terra, L., Priebe Reisdorfer, A., Kosloski Ramos, T., & Pompeu Antunes, A. (2020). Método Canguru: estratégias de Educação Permanente para sua implementação e execução. <i>Kangaroo Method: continuing education strategies for its implementation and execution.</i> , 11(1), 1-15. doi:10.15649/cuidarte.897	X	
A_332	Noumi, E., Snoussi, M., Noumi, I., Saghrouni, F., Aouni, M., & Valentin, E. (2015). Phenotypic characterization and adhesive properties of vaginal <i>Candida</i> spp. strains provided by the CHU Farhat Hached (Sousse, Tunisia). <i>Revista Iberoamericana de Micología</i> , 32(3), 170-179. doi:10.1016/j.riam.2014.06.006	X	
A_333	Orozco, B., Campo, M. E., Anaya, L. A., Atuesta, J., Ávila, M. J., Balcázar, L. F., . . . Jiménez, S. B. (2011). Guías colombianas para el manejo del acné: una revisión basada en la evidencia por el Grupo Colombiano de Estudio en Acné. <i>Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica</i> , 19(2), 129-157.	X	
A_334	Ortega Suárez, F. J., Sánchez Plumed, J., Pérez Valentín, M. A., Palomo, P. P., Muñoz Cepeda, M. A., & Lorenzo Aguiar, D. (2011). Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. <i>Validation on the simplified medication adherence questionnaire (SMAQ) in renal transplant patients on tacrolimus.</i> , 31(6), 690-695. doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Aug.10973	X	
A_335	Ortega, S. Á., & Gómez, D. S. (2019). Diabetes mellitus in pediatric patients with cystic fibrosis. <i>Diabetes mellitus en pacientes pediátricos con fibrosis quística.</i> , 18(2), 548-261. doi:10.6018/eglobal.18.2.347521	X	
A_336	Pacheco, F. C., Allan Santos Domingues, C. M., Kalume Maranhão, A. G., Deotti Carvalho, S. M., Teixeira, A. M. d. S., Braz, R. M., . . . Guilhem, D. B. (2018). Análise do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação no Brasil, 2014 a 2016. <i>Análisis del Sistema de Información de Vigilancia de Eventos Adversos Posvacunación en Brasil, 2014 a 2016.</i> , 42, 1-8. doi:10.26633/RPSP.2018.12	X	
A_337	Pacífico, J., & Gutiérrez, C. (2015). INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE UN HOSPITAL DE LIMA, PERÚ. <i>INFORMATION ABOUT THE MEDICINES AND ADHERENCE TO HIGH ACTIVITY ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HIV/AIDS IN A HOSPITAL OF LIMA, PERU.</i> , 32(1), 66-72.	X	
A_338	Parra-Camacho, J., Hernández-Rincón, E., Lamus-Lemus, F., & Laverde-Montero, J. (2017). Importancia de la educación y comunicación para la prevención y manejo integral de la otitis media. <i>Importance of education and communication for prevention and integrated management of otitis media.</i> , 33(1), 66-74. doi:10.14482/sun.33.1.10125	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_339	Parra-Vidales, E., Soto-Pérez, F., Perea-Bartolomé, M. V., Franco-Martín, M. A., & Muñoz-Sánchez, J. L. (2017). Intervenciones online para cuidadores de personas con demencia: revisión sistemática. <i>Online interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review.</i> , 45(3), 116-126.	X	
A_340	Peña Amador, M. D., Rodríguez Álvarez, J., Álvarez Guerra, S., Ballagas Flores, C., Pascual López, M. A., Fors López, C. M., . . . Santos Gracia, C. J. J. (2013). Estrategia para la preparación de unidades de salud en buenas prácticas clínicas. <i>Strategy for the preparation of health units for good clinical practices.</i> , 32(2), 196-212.	X	
A_341	Peña-Landín, D. M., & Ruíz García, M. (2014). Experiencia clínica con levetiracetam intravenoso en 48 pacientes pediátricos para el manejo de crisis convulsivas agudas y descontrol de epilepsia. <i>Clinical experience with intravenous levetiracetam in 48 pediatric patients for the management of acute seizures and uncontrolled epilepsy.</i> , 15(2), 87-92.	X	
A_342	Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G. E., Carbajal-Rodríguez, L., Rodríguez-Herrera, R., Zarco-Román, J., Loredó-Abdalá, A., & Greenawalt-S, S. (2011). Transferencia y transición. De la medicina del adolescente a la medicina del adulto. <i>Acta Pediatrica de Mexico</i> , 32(5), 302-308.	X	
A_343	Pérez Suárez, G., Serrano, A., Magallanes, M. V., Arango Sancho, P., Luis Yanes, M. I., & García Nieto, V. M. (2020). Estudio longitudinal del manejo renal del agua en pacientes diagnosticados de hipercalciuria idiopática en la infancia. <i>Longitudinal study of kidney water management in patients diagnosed with idiopathic hypercalciuria in childhood.</i> , 40(2), 190-196. doi:10.1016/j.nefro.2019.07.003	X	
A_344	Pérez, P. V., Rodríguez, A. C., & Sarría, J. (2011). APLICACIÓN DE PULSOS MECÁNICOS PARA MEJORAR EL CRECIMIENTO DE CRISTALES EN SUSPENSIONES. <i>Revista Cubana de Física</i> , 28(1E), 1E52-51E55.	X	
A_345	Piedra, J. F. G., Valencia, G. H., & del Carmen del Ángel Lara, M. (2007). Uso de fascia de músculo temporal en la prevención de adherencias en oído medio en timpanoplastia. <i>Temporal muscle fascia to prevent adherences in middle ear tympanoplasty.</i> , 52(4), 132-140.	X	
A_346	Pozzo, M. J. (2014). USO DE MARCADORES DE REMODELACIÓN ÓSEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. <i>BONE TURNOVER MARKERS IN CLINICAL SETTING.</i> , 10(2), 177-185.	X	
A_347	Pulzi Júnior, S. A., Nogueira Ferraz, R. R., & Lapchik, M. S. (2017). METODOLOGIA DA CONDIÇÃO TRAÇADORA PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL DE PACIENTES COM SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO. <i>USING TRACER CONDITION METHODOLOGY TO EVALUATE THE ASSISTENTIAL PROCESS OFFERED TO PATIENTS WITH SEVERE SEPSIS AND SEPTIC SHOCK.</i> , 6(2), 114-123. doi:10.5585/rgss.v6i2.308	X	
A_348	Quintero, R. A., Martínez, C. A., Gamba, J. D., Ortiz, I., & Jaimes, F. (2012). Observancia de las guías internacionales de manejo temprano en sepsis grave y choque séptico. <i>Adherence to international guidelines on early management in severe sepsis and septic shock.</i> , 32(3), 449-456. doi:10.7705/biomedica.v32i3.349	X	
A_349	Rabanaque, G., López, A., Cots, J. M., & Llor, C. (2011). ¿Siguen los médicos de Atención Primaria las recomendaciones terapéuticas de las cistitis en la mujer? Estudio INURA. <i>Do general practitioners follow the therapeutical recommendations of cystitis in women?. INURA study.</i> , 24(2), 79-83.	X	
A_350	Rabeiro Martínez, C. L., Martínez Rodríguez, A., Gravier Hernández, R., Bermudez Alfonso, Y., & del Valle, C. L. G. (2015). Abacavir: una revisión actualizada sobre sus propiedades y aplicaciones. <i>Abacavir, an updated review on its properties and applications.</i> , 49(4), 751-764.	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_351	Ramírez Chávez, G. I., & Escamilla Zamudio, J. J. (2017). <i>Uso de kits desechables como estrategia para la prevención de infecciones en la terapia endovenosa. Using disposable kits as a strategy for preventing infections associated intravenous therapy.</i> , 22(1), 11-16.	X	
A_352	Ramírez Orozco, G., Barrera Ramírez, L., Ramírez Quintero, Y., Quiceno Gutierrez, A., Agudelo Ramírez, A., & Henao Nieto, D. E. (2016). <i>CREENCIAS FAMILIARES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA: ESTUDIO MIXTO, 2013-2014. Mixed study, 2013-2014: family and adherence to treatment in pediatric patients with asthma beliefs.</i> , 16(1), 74-88. doi:10.30554/archmed.16.1.1109.2016	X	
A_353	Ramos, A., Benitez-Gutierrez, L., Asensio, A., Ruiz-Antorán, B., Folguera, C., Sanchez-Romero, I., & Muñoz, E. (2014). <i>Antimicrobial stewardship in patients recently transferred to a ward from the ICU. Asesoramiento antibiótico en pacientes tras estancia en cuidados intensivos.</i> , 27(1), 46-50.	X	
A_354	Ramos, A., Pérez-Velilla, C., Asensio, A., Ruiz-Antorán, B., Folguera, C., Cantero, M., . . . Muñoz, E. (2015). <i>Antifungal stewardship in a tertiary hospital. Revista Iberoamericana de Micología</i> , 32(4), 209-213. doi:10.1016/j.riam.2014.11.006	X	
A_355	<b>Repercusión de la formulación retard de venlafaxina en el manejo clínico de los pacientes.</b> (2005).	X	
A_356	Ribeiro Nunes Lages, S. M., Ferreira Emygdio, R., Irene Monte, A. S., & Carlos Alchieri, J. (2015). <i>Motivation and self-esteem in university students' adherence to physical activity. Motivación y autoestima en la adhesión a la actividad física en estudiantes universitarios.</i> , 17(5), 677-688. doi:10.15446/rsap.v17n5.3325	X	
A_357	Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Mota, M. S., Santos, E. O., & Eslabão, A. D. (2019). <i>Strategies of care for adolescent users of crack undergoing treatment. Estrategias de cuidado al adolescente usuario de crack en tratamiento.</i> , 37(3), 141-152. doi:10.17533/udea.iee.v37n3e12	X	
A_358	Riera, G., Istúriz, J. M., Lema, M., Sosa, L., Natale, E., Pellegrino, A., . . . Pierini, L. (2012). <i>Evaluación de la Intervención Educativa sobre la Adherencia al Risedronato en Pacientes con Osteoporosis en Venezuela. Estudio Multicéntrico. IMPACT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION ON THE ADHERENCE TO RISEDRONATE IN VENEZUELAN PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS.</i> , 14(3), 121-126.	X	
A_359	Rigon, E., Mendes, M., Dalazen, J. V. C., Dos Santos, C. E., Kirschener, M., Toniollo, C. L., . . . Ascari, R. A. (2014). <i>PLANO DE ALTA COMO ESTRATÉGIA PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. PLAN HIGH AS STRATEGY FOR EFFECTIVE COMMUNICATION IN HOSPITAL ADMISSION.</i> , 7(1), 30-34.	X	
A_360	Rivera Triana, D. P., & Castro Moreno, C. A. (2019). <i>Caracterización del empleo ambulatorio de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos en una población de pacientes de la consulta externa. Characterization of ambulatory use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and analgesics in a population of outpatient clinic patients.</i> , 34(1), 5-13.	X	
A_361	Rivera-Castaño, L., Senties-Madrid, H., Berumen-Jaik, J., & Martínez-Juárez, I. E. (2019). <i>Clinical guideline: antiepileptic drugs of choice for focal and generalized seizures in adult patients with epilepsy. Revista Mexicana de Neurociencia</i> , 20(2), 82-88. doi:10.24875/RMN.M19000027	X	
A_362	Rivera-Ledesma, A., Lena, M. M.-L., & Sandoval-Ávila, R. (2012). <i>Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Salud Mental</i> , 35(4), 329-337.	X	
A_363	Riveros Pérez, E., Zambrano, P., & Amado, P. (2012). <i>Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Compliance with hand hygiene guidelines in the intensive care unit: case of a private hospital.</i> , 31(2), 127-134.	X	
A_364	Robbins, L. B., Pfeiffer, K. A., Wesolek, S. M., & Lo, Y.-J. (2014). <i>Process evaluation for a school-based physical activity intervention for 6th- and 7th-grade boys: reach, dose, and fidelity. Evaluation and program planning</i> , 42, 21-31. doi:10.1016/j.evalprogplan.2013.09.002	X	

Código	Referencia	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_365	Roca, M., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodríguez, A., & Giner, J. (2007). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. <i>Treatment adherence in Schizophrenia. Spanish Clinical Consensus.</i> , 35, 1-6.	X	
A_366	Rodríguez Chala, H. (2016). Prevalencia y aspectos sociodemográficos de la ansiedad al tratamiento estomatológico. <i>Prevalence and sociodemographi aspects of dental anxiety to the dental treatment.</i> , 53(4), 268-276.	X	
A_367	Rodríguez, M. D., Zárate, E., Stawarz, K., García-Vázquez, J. P., & Ibarra, E. J. E. (2015). Ambient Computing to Support the Association of Contextual Cues with Medication Taking. <i>Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica</i> , 36(3), 191-207. doi:10.17488/RMIB.36.3.5	X	
A_368	Rodríguez-Estrada, E., Iglesias-Chiesa, M. C., Fresán-Orellana, A., & Reyes-Terán, G. (2018). Factors associated with poor sleep quality among HIV-positive individuals in Mexico City. <i>Salud Mental</i> , 41(3), 123-129. doi:10.17711/SM.0185-3325.2018.016	X	
A_369	Rodríguez-Morán, M., Mendoza-Ávila, E., Cumplido-Fuentes, A., Simental-Mendía, L. E., Rodríguez-Ramírez, G., Sánchez-Lazcano, G. J., . . . Guerrero-Romero, F. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. <i>Cognitive behavioral treatment in the integral management of obesity in adolescents.</i> , 52, S68-S73.	X	
A_370	Rojas, G. O., Krauskopf, P. V., Umaña, M. J. A., & Erazo, R. R. (2010). INTERVENCIÓN PSIQUILÁTRICA EN PROGRAMA DE TRASPLALNTES. <i>PSYCHIATRIC INTERVENTION IN A TRANSPLANTATION PROGRAM.</i> , 21(2), 286-292. doi:10.1016/S0716-8640(10)70536-8	X	
A_371	Rojas-Godoy, A. L., Gómez-Gómez, O., & Rivas-Muñoz, F. A. (2014). Cumplimiento de la normatividad vigente para la detección temprana de la hipoacusia neonatal. <i>Compliance with current standards for the early detection of neonatal hearing loss.</i> , 16(3), 462-469. doi:10.15446/rsap.v16n3.29149	X	
A_372	Rojas-Higuera, R., Londoño-Cardona, J. G., & Arango-Gómez, F. (2006). Prácticas Clínicas en el Cuidado de Gestantes y Recién Nacidos en Algunos Hospitales de Bogotá, Colombia. <i>Clinical practice in looking after breastfeeding women and the new-born in some hospitals in Bogotá, Colombia.</i> , 8(3), 223-234. doi:10.1590/S0124-00642006000300008	X	
A_373	Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., . . . Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year randomized, controlled trial. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 55(2), 158-165. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x	X	
A_374	Rose, S. B., Lawton, B. A., Elley, C. R., Dowell, A. C., & Fenton, A. J. (2007). The 'Women's Lifestyle Study', 2-year randomized controlled trial of physical activity counselling in primary health care: rationale and study design. <i>BMC public health</i> , 7, 166.	X	
A_375	Ruiz García, E., Latorre López, L. I., Delgado Ramírez, A., Crespo Montero, R., & Sánchez Laguna, J. L. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. <i>Adherence in hemodialysis patients to the pharmacologic treatment.</i> , 19(3), 232-241. doi:10.4321/S2254-28842016000300005	X	
A_376	Ruiz-Mejía, O., Pimentel-Rangel, J., Escudero-Rivera, D., Valle-De Lascurain, G., & Oribio-Gallegos, J. A. (2012). Manejo de las fracturas diafisarias en pacientes pediátricos con clavos elásticos de titanio. <i>Acta Ortopedica Mexicana</i> , 26(3), 162-169.	X	
A_377	Sabanero López, M., Flores Villavicencio, L. L., Soto Arredondo, K., Barbosa Sabanero, G., Villagómez-Castro, J. C., Cruz Jiménez, G., . . . Torres Guerrero, H. (2018). Proteases of <i>Sporothrix schenckii</i> : Cytopathological effects on a host-cell model. <i>Revista Iberoamericana de Micología</i> , 35(1), 32-38. doi:10.1016/j.riam.2017.05.003	X	
A_378	Sabina-McVety, D., Booth, B. F., Orban, W. A. R., & Richards, G. S. (1988). An analysis of the lifestyle, exercise habits and cardiovascular fitness of an undergraduate nursing population. <i>Canadian Journal of Public Health</i> , 79(1), 16-19.	X	

Código	Referencia	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_379	San Miguel, M. G. F., Sancho, F. M. C. G., & Abreu, C. C. (2010). Prevalencia de sintomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. <i>Medicina Interna de Mexico</i> , 26(2), 100-108.	X	
A_380	Sánchez-Díaz, C. J., García-Badillo, E., Sánchez-Ramírez, C. J., Juárez, Ú., & Martínez-Sánchez, C. (2012). Clinical characteristics, process of care and outcomes among Mexican, Hispanic and non-Hispanic white patients presenting with non-ST elevation acute coronary syndromes: Data from RENASICA and CRUSADE registries. <i>Características clínicas, tratamiento hospitalario y evolución entre población mexicana, latina y anglosajones no hispánicos con infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento ST. Datos tomados de los registros RENASICA y CRUSADE</i> , 82(1), 14-21.	X	
A_381	Santa Rosa, P. L. F., Hoga, L. A. K., & Reis-Queiroz, J. (2015). "Not worth doing prenatal care": an ethnographic study of a low-income community. <i>"No vale la pena hacer prenatal": estudio de una comunidad de bajos recursos.</i> , 33(2), 288-296. doi:10.17533/udea.iee.v33n2a11	X	
A_382	Schardosim, J. M., & Rauber Cechim, P. L. (2013). Exclusive breastfeeding: motivations and disincentives for nursing mothers in Eldorado do Sul, Brazil. <i>Lactancia materna exclusiva: motivaciones y desmotivaciones de las madres lactantes de Eldorado do Sul, Brasil.</i> , 31(3), 377-384.	X	
A_383	Schousboe, J. T., DeBold, R. C., Kuno, L. S., Weiss, T. W., Chen, Y. T., & Abbott, T. A. (2005). Education and phone follow-up in postmenopausal women at risk for osteoporosis - Effects on calcium intake, exercise frequency, and medication use. <i>Disease Management &amp; Health Outcomes</i> , 13(6), 395-404. doi:10.2165/00115677-200513060-00004	X	
A_384	Schwartz, R., & Schwartz, R. (2018). Cáncer de piel no melanoma en cabeza y cuello. <i>Non-melanoma skin cancer in head and neck.</i> , 29(4), 455-467. doi:10.1016/j.rmcl.2018.06.007	X	
A_385	Schwenk, M., Jordan, E. D., Honarvararaghi, B., Mohler, J., Armstrong, D. G., & Najafi, B. (2013). Effectiveness of foot and ankle exercise programs on reducing the risk of falling in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Journal of the American Podiatric Medical Association</i> , 103(6), 534-547.	X	
A_386	Seet, R. C. S., Lim, E. C. H., Oh, V. M. S., Ong, B. K. C., Goh, K. T., Fisher, D. A., . . . Yeoh, K. G. (2009). Readiness exercise to combat avian influenza. <i>QJM : monthly journal of the Association of Physicians</i> , 102(2), 133-137. doi:10.1093/qjmed/hcn159	X	
A_387	Shah, N., Amirabdollahian, F., & Costa, R. (2011). The dietary and physical activity habits of university students on health and non-health related courses. <i>Journal of Human Nutrition &amp; Dietetics</i> , 24(3), 303-304. doi:10.1111/j.1365-277X.2011.01175_35.x	X	
A_388	Shelton, S. L., & Lee, S.-Y. S. (2018). Women's Self-Reported Factors That Influence Their Postpartum Exercise Levels. <i>Nursing for women's health</i> , 22(2), 148-157. doi:10.1016/j.nwh.2018.02.003	X	
A_389	Shrestha, R. K., Sansom, S. L., & Purcell, D. W. (2016). Assessing HIV acquisition risks among men who have sex with men in the United States of America. <i>Evaluación del riesgo de transmisión del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en los Estados Unidos de América.</i> , 40(6), 474-478.	X	
A_390	Silva Muñoz, M. A., Gallardo Hormazábal, M., López Vera, C., Santander Núñez, C., & Torres Rojas, J. (2018). Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climacterica. <i>Effects of Urinary Incontinence on the Quality Of Life in Climacteric Woman.</i> , 44(1), 1-14.	X	
A_391	Simioni, A. T., Llanos, O., Romero, M., Ramos, S., Brizuela, V., & Abalos, E. (2017). Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. <i>Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina.</i> , 41, 1-7.	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_392	Soliño Comedeiro, Á., Portal Dávila, R., Touriño Baliña, E., Aragunde Álvarez, L., & Gómez Mariño, P. (2019). <b>Sistemas personalizados de dosificación como herramienta para el cambio de actitud hacia los medicamentos en una paciente joven.</b> <i>Farmacéuticos Comunitarios</i> , 11(3), 19-21. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).003.04	X	
A_393	Soriano, F. C., & López, A. L. (2012). <b>Religious Practices in a Group of Older People with Disabilities and Poverty.</b> <i>Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo</i> , 14(2), 52-61.	X	
A_394	Spildooren, J., Speetjens, I., Abrahams, J., Feys, P., & Timmermans, A. (2019). <b>A physical exercise program using music-supported video-based training in older adults in nursing homes suffering from dementia: a feasibility study.</b> <i>Aging Clinical &amp; Experimental Research</i> , 31(2), 279-285. doi:10.1007/s40520-018-0954-5	X	
A_395	Stevens, M. L., Lin, C. W. C., Hancock, M. J., Wisby-Roth, T., Latimer, J., & Maher, C. G. (2018). <b>A physiotherapist-led exercise and education program for preventing recurrence of low back pain: a randomised controlled pilot trial.</b> <i>Physiotherapy</i> , 104(2), 217-223. doi:10.1016/j.physio.2017.08.006	X	
A_396	Stolses Bergamo Francisco, P. M., Donalisio, M. R., De Azevedo Barros, M. B., Galvão César, C. L., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2006). <b>Factors associated with vaccination against influenza in the elderly.</b> <i>Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos.</i> , 19(4), 259-264.	X	
A_397	Svicher, V., Marchetti, G., Ammassari, A., Ceccherini-Silberstein, F., & Sarmati, L. (2017). <b>Novelties in Evaluation and Monitoring of Human Immunodeficiency Virus-1 Infection: Is Standard Virological Suppression Enough for Measuring Antiretroviral Treatment Success?</b> <i>AIDS Reviews</i> , 19(3), 119-133. doi:10.24875/AIDSRev.M17000003	X	
A_398	Talavera, J. O., & Rivas-Ruiz, R. (2012). <b>Del juicio clínico al ensayo clínico.</b> <i>Revista Medica del IMSS</i> , 50(3), 267-272.	X	
A_399	Talavera, J. O., & Rivas-Ruiz, R. (2013). IX. <b>From Clinical Judgment to Clinical Trial.</b> <i>Revista Medica del IMSS</i> , 51, S58-S63.	X	
A_400	Talayera, J. O., & Rivas-Ruiz, R. (2013). XIII. <b>Research Design in the Structured Review of an Article.</b> <i>Revista Medica del IMSS</i> , 51, S80-S83.	X	
A_401	Talayera, J. O., & Rivas-Ruiza, R. (2013). <b>El diseño de investigación en la revisión estructurada de un artículo.</b> <i>Clinical research XIII. Research design contribution in the structured revision of an article.</i> , 51(1), 68-72.	X	
A_402	Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., & Solà, I. (2011). <b>Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample e Barcelona.</b> <i>Outcomes of a suicide prevention program in the general population. Barcelona dreta eixample district.</i> , 39(5), 280-287.	X	
A_403	Teófila Vicente-Herrero, M., Ramírez-lñiguez de la Torre, M. V., Ruiz-de la Torre, E., & Reinoso-Barbero, L. (2020). <b>Preventive treatment in migraine. Used drugs and related variables. Results of the European work and migraine survey.</b> <i>Tratamiento preventivo en migraña. Fármacos usados y variables relacionadas. Resultados de la encuesta europea sobre trabajo y migraña.</i> , 21(3), 82-89. doi:10.24875/RMN.20000089	X	
A_404	<b>Terapia con estrógenos y calcificación arterial coronaria.</b> (2008).	X	
A_405	Teresa Varela Arévalo, M., Lucía Gómez Gutiérrez, O., Fabio Mueses Marían, H., Galindo Quintero, J., & Constanza Tello Bolívar, I. (2013). <b>Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA.</b> <i>Factors related to adherence to pharmacological treatment for HIV/AIDS.</i> , 29(1), 83-95.	X	

Código	Referencia	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_406	Tetlie, T., Heimsnes, M. C., & Almvik, R. (2009). Using exercise to treat patients with severe mental illness: how and why? <i>Journal of Psychosocial Nursing &amp; Mental Health Services</i> , 47(2), 32-40. doi:10.3928/02793695-20090201-14	X	
A_407	Torregrosa, J.-V., González-Parra, E., González, M. T., & Cannata-Andía, J. (2014). REFOS study: Efficacy and safety of Lanthanum Carbonate in clinical practice in Spain. <i>Estudio REFOS: eficacia y seguridad del carbonato de lantano en la práctica clínica en España.</i> , 34(3), 360-368. doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Mar.12287	X	
A_408	Trujillo L, Y., Contreras C, C., & Cabanillas L, J. (2016). Apendicitis crónica en un apéndice atrófico: reporte de un caso. <i>Chronic appendicitis in an atrophic appendix: case report.</i> , 16(3), 71-75. doi:10.24265/horizmed.2016.v16n3.11	X	
A_409	Turk, M. T., Fapohunda, A., & Zoucha, R. (2015). Using Photovoice to Explore Nigerian Immigrants' Eating and Physical Activity in the United States. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 47(1), 16-24. doi:10.1111/jnu.12105	X	
A_410	Uribe, M. P., & Cardona-Castro, N. (2013). Mecanismos de adherencia e invasión de dermatofitos a la piel. <i>Mechanisms of skin adherence and invasion by dermatophytes.</i> , 27(1), 67-75.	X	
A_411	Urquidí B, C. C., Mejía S, H., & Vera A, C. (2009). Adherencia al Tratamiento de la Anemia con Fumarato Ferroso Microencapsulado. <i>Adherence to Treatment of Anemia with Microencapsulated Ferrous Fumarate.</i> , 80(3), 285-286. doi:10.4067/S0370-41062009000300011	X	
A_412	Valencia, C. P., Canaval, G. E., Rizo, V., Correa, D., & Marín, D. (2007). [Sign and symptom in AIDS patient, Cali, Colombia]. <i>Colombia Medica</i> , 38(4), 365-374.	X	
A_413	Valencia, W. A., & Husbands Luque, J. S. (2010). Tromboembolismo venoso postoperatorio: grave riesgo prevenible. <i>ostoperatory Venous Thromboembolism: A Serious Preventable Risk.</i> , 38(4), 499-507. doi:10.1016/S0120-3347(10)84007-9	X	
A_414	Varela, M. T., Salazar, I. C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J. A., & Salazar Á, E. (2009). Integral assessment of adherence to treatment in women with HIV/AIDS: validation of a questionnaire. <i>Colombia Medica</i> , 40(4), 387-398.	X	
A_415	Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N., & Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. <i>The effect of an educational program for elderly people's caregivers: a cultural perspective.</i> , 13(4), 610-619.	X	
A_416	Verdura Vizcaíno, E. J., Sanz, D. B., & Sanz-Fuentenebro, J. (2012). Monitorización de niveles plasma de antipsicóticos atípicos. <i>Atypical antipsychotics plasma level monitoring.</i> , 32(115), 499-519. doi:10.4321/s0211-57352012000300005	X	
A_417	Verwey, R., van der Weegen, S., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., & de Witte, L. (2016). Upgrading physical activity counselling in primary care in the Netherlands. <i>Health promotion international</i> , 31(2), 344-354. doi:10.1093/heapro/dau107	X	
A_418	Vicuña C, P., Loza P, C., Muñoz P, P., & Sánchez D, I. (2007). Características clínicas de los niños asmáticos hospitalizados en un Servicio de Pediatría. <i>Clinical characteristics of asthmatic children hospitalized in a pediatric unit.</i> , 78(1), 29-34.	X	
A_419	Vseteckova, J., Deepak-Gopinath, M., Borgstrom, E., Holland, C., Draper, J., Pappas, Y., . . . Gray, S. (2018). Barriers and facilitators to adherence to group exercise in institutionalized older people living with dementia: a systematic review. <i>European Review of Aging and Physical Activity</i> , 15. doi:10.1186/s11556-018-0200-3	X	
A_420	Walker, T. J., & Reznik, M. (2014). In-school asthma management and physical activity: children's perspectives. <i>The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma</i> , 51(8), 808-813. doi:10.3109/02770903.2014.920875	X	
A_421	Watson, E., & Yu, F. (2013). Monitoring Exercise Delivery to Increase Participation Adherence in Older Adults with Alzheimer's Disease. <i>Journal of gerontological nursing</i> , 39(5), 11-14. doi:10.3928/00989134-20130313-04	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_422	Xochihua-Díaz, L. (2009). Apego al tratamiento antirretroviral en adolescentes. <i>Adherence to the antiretroviral treatment in adolescents.</i> , 66(4), 306-313.	X	
A_423	Zayas-Jaime, F. J., Ornelas-Aguirre, J. M., & Pérez-Nápoles, D. E. (2013). Motivos de abandono de la terapia hormonal de reemplazo con tibolona en mujeres con menopausia. <i>Ginecología y Obstetricia de Mexico</i> , 81(10), 593-601.	X	
A_424	Zuin Ferreira, G., Alves Guerra, T., Fastroni Corrêa, I., Pedreira Silva, P., Pegoraro-Krook, M. I., Gilberto da Silva, E., & Rillo Dutka, J. d. C. (2018). APLICATIVO MÓVEL "FALA NOVA, TREINO FÁCIL": INOVAÇÃO NO TRATAMENTO DE FALA NA FISSURA LABIOPALATINA. <i>Mobile application "New speech, easy training": innovation in the treatment of cleft palate speech.</i> , 37(1), 35-48.	X	
A_425	Zuluaga-Quintero, N., Arcila-Hincapie, L. M., Bedoya-López, D. F., Toro-Palacio, L. F., & Arboleda-Velásquez, C. (2015). Comportamiento del perfil lipídico en pacientes con dislipidemia tratados con estatinas en una IPS. <i>Performance of the lipid profile in patients with dyslipidemia treated with statins in an IPS.</i> , 6(1), 65-71.	X	
A_426	ZÚÑIGA H, F., Inzunza C, C., Ovalle G, C., & Ventura W, T. (2009). Diabetes Mellitus Tipo 1 y Psiquiatría Infanto-Juvenil. <i>Type 1 Diabetes Mellitus and Child-Adolescent Psychiatry.</i> , 80(5), 467-474.	X	
A_427	Zurita, Y., Bastardo, D., Pérez, I., & Cermeño, T. (2008). Duplicación Intestinal Acompañada de Quiste Mesentérico. Caso Clínico. <i>INTESTINAL DUPLICATION ACCOMPANIED BY MESENTERIC CYST. CLINICAL CASE.</i> , 10(5), 24-29.	X	
A_428	Zhang Y, Han Y, Dong Q. (2021). The effect of individualized exercise prescriptions combined with dietary management on blood glucose in the second-and-third trimester of gestational diabetes mellitus. <i>American journal of translational research</i> , 13(6), 7388-7393.	X	
A_429	Albert, F. A., Malau-Aduli, A. E. O., Crowe, M. J., & Malau-Aduli, B. S. (2021). Australian patients' perception of the efficacy of the physical activity referral scheme (PARS). <i>Patient Education &amp; Counseling</i> , 104(11), 2803-2813. doi:10.1016/j.pec.2021.04.001	X	
A_430	Charles, A., Girard, A., Buckinx, F., Mouton, A., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2020). Senior physical activity contests in nursing homes: a feasibility study. <i>Aging Clinical &amp; Experimental Research</i> , 32(5), 869-876. doi:10.1007/s40520-020-01529-9	X	
A_431	Chen, F., Mao, L., Wang, Y., Xu, J., Li, J., & Zheng, Y. (2021). The Feasibility and Efficacy of Self-help Relaxation Exercise in Symptom Distress in Patients With Adult Acute Leukemia: A Pilot Randomized Controlled Trial. <i>Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses</i> , 22(6), 791-797. doi:10.1016/j.pmn.2021.04.009	X	
A_432	Dunn, S. L., Robbins, L. B., Tintle, N. L., Collins, E. G., Bronas, U. G., Goodyke, M. P., . . . DeVon, H. A. (2021). Heart up! RCT protocol to increase physical activity in cardiac patients who report hopelessness: Amended for the COVID-19 pandemic. <i>Research in nursing &amp; health</i> , 44(2), 279-294. doi:10.1002/nur.22106	X	
A_433	Hinman, R. S., Campbell, P. K., Lawford, B. J., Briggs, A. M., Gale, J., Bills, C., . . . Bennell, K. L. (2020). Does telephone-delivered exercise advice and support by physiotherapists improve pain and/or function in people with knee osteoarthritis? <i>Telecare randomised controlled trial. British journal of sports medicine</i> , 54(13), 790-797. doi:10.1136/bjsports-2019-101183	X	
A_434	Li, B., Liu, C., Wan, Q., & Yu, F. (2020). An integrative review of exercise interventions among community-dwelling adults with Alzheimer's disease. <i>International journal of older people nursing</i> , 15(1), e12287. doi:10.1111/opn.12287	X	
A_435	Mardani, A., Pedram Razi, S., Mazaheri, R., Haghani, S., & Vaismoradi, M. (2021). Effect of the exercise programme on the quality of life of prostate cancer survivors: A randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Practice (John Wiley &amp; Sons, Inc.)</i> , 27(2), 1-11. doi:10.1111/ijn.12883	X	

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_436	Martínez-Olcina, M., Vicente-Martínez, M., Hernández-García, M., Loaiza-Martínez, D. A., Leyva-Vela, B., & Martínez-Rodríguez, A. (2020). <b>Influence assessment of mediterranean diet-nutrition education and physical activity in breastfeeding mothers pilot program.</b> Revista Espanola de Nutricion Comunitaria, 26(1), 16-19. doi:10.14642/RENC.2020.26.1.5309	X	
A_437	Mas-Alòs, S., Planas-Anzano, A., Peirau-Terés, X., Real-Gatius, J., & Galindo-Ortego, G. (2021). <b>Feasibility Assessment of the Let's Walk Programme (CAMINEM): Exercise Training and Health Promotion in Primary Health-Care Settings.</b> International journal of environmental research and public health, 18(6). doi:10.3390/ijerph18063192	X	
A_438	Mendía, R. S., Gambarte, M. I. G., García, J. M. G., Torres, M. F., de la Rosa Eduardo, R., & Al-Rahamneh, M. (2021). <b>Effects of the Program "Directed Exercise-Healthy Walks inHealing Outdoor Environments" in elderly hospitalizedfor depressive disorders.</b> Gerokomos, 32(2), 84-89. doi:10.4321/S1134-928X2021000200004	X	
A_439	Okechukwu, C. E., Masala, D., D'Ettorre, G., & La Torre, G. (2022). <b>Moderate-intensity aerobic exercise as an adjunct intervention to improve sleep quality among rotating shift nurses.</b> La Clinica terapeutica, 173(2), 184-186. doi:10.7417/CT.2022.2414	X	
A_440	Riera-Sampol, A., Bennasar-Veny, M., Tauler, P., & Aguilo, A. (2021). <b>Effectiveness of physical activity prescription by primary care nurses using health assets: A randomized controlled trial.</b> Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 77(3), 1518-1532. doi:10.1111/jan.14649	X	
A_441	Romero-Blanco, C., Hernández-Martínez, A., Parra-Fernández, M. L., Onieva-Zafra, M. D., Prado-Laguna, M. D. C., & Rodríguez-Almagro, J. (2022). <b>Food Preferences in Undergraduate Nursing Students and Its Relationship with Food Addiction and Physical Activity.</b> International journal of environmental research and public health, 19(7). doi:10.3390/ijerph19073858	X	
A_442	Waltman, N., Cole, M. A., Kupzyk, K. A., Lappe, J. M., Mack, L. R., & Bilek, L. D. (2022). <b>Promoting adherence to bone-loading exercises in postmenopausal women with low bone mass.</b> Journal of the american association of nurse practitioners, 34(1), 50-61. doi:10.1097/JXX.0000000000000564	X	
A_443	Wu, Y.-H., Hsu, Y.-J., & Tzeng, W.-C. (2022). <b>Physical Activity and Health-Related Quality of Life of Patients on Hemodialysis with Comorbidities: A Cross-Sectional Study.</b> International journal of environmental research and public health, 19(2). doi:10.3390/ijerph19020811	X	
A_444	Xu, L., Xiong, W., Li, J., Shi, H., Shen, M., Zhang, X., . . . Li, F. (2020). <b>Role of the intelligent exercise rehabilitation management system on adherence of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: a randomised controlled crossover study protocol.</b> BMJ open, 10(6), e036720. doi:10.1136/bmjopen-2019-036720	X	
A_445	Xu, Z., Zhang, D., Lee, A. T. C., Sit, R. W. S., Wong, C., Lee, E. K. P., . . . Wong, S. Y. S. (2020). <b>A pilot feasibility randomized controlled trial on combining mind-body physical exercise, cognitive training, and nurse-led risk factor modification to reduce cognitive decline among older adults with mild cognitive impairment in primary care.</b> PeerJ, 8, e9845. doi:10.7717/peerj.9845	X	
A_446	Yau, L., Soutter, K., Ekegren, C., Hill, K. D., Ashe, M., & Soh, S.-E. (2022). <b>Adherence to Exercise Programs in Community-Dwelling Older Adults Postdischarge for Hip Fracture: A Systematic Review and Meta-analysis.</b> Archives of physical medicine and rehabilitation. doi:10.1016/j.apmr.2022.01.145	X	
A_447	Alvear G, M. G. (2013). <b>Una propuesta para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en unidades del primer nivel de atención. A proposal for the management of type 2 diabetes mellitus (DM2) in primary care.,</b> 31(1), 85-92.		X
A_448	<b>Análisis del cumplimiento terapéutico en mujeres con osteoporosis. Analysis of therapeutic compliance in women with osteoporosis.(2011)</b>		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_449	Andreasen, J., Soendergaard, L. N., & Holst, M. (2018). Factors affecting patient and nursing staff adherence to an integrated physical activity and nutritional intervention targeting functional decline on an acute medical ward: a qualitative study. <i>Patient preference and adherence</i> , 12, 1425-1435. doi:10.2147/PPA.S168193		X
A_450	Bahremand, M., Ahmadinejad, T., Jenab, Y., Hoseini, S. K., Lotfi-Tokaldany, M., & Jalali, A. (2019). Decision making in Ischemic cardiomyopathy: variability in physicians' approaches and patients' adherence. <i>Toma de decisiones en la miocardiopatía isquémica: variabilidad en los enfoques de los médicos y la adherencia de los pacientes.</i> , 14(3), 251-259.		X
A_451	Bastidas Sánchez, C. V. (2007). The relation between the capability of the self-care agency and the adherence to the pharmacological and non pharmacological treatment among persons with some coronary illness condition. <i>Avances en Enfermería</i> , 25(2), 65-75.		X
A_452	Cabrera Mendoza, N. I., Castro Enriquez, P. P., Demeneghi Marini, V. P., Fernández Luque, L., Morales Romero, J., Sainz Vazquez, L., & Ortiz León, M. C. (2014). mSalUV: un nuevo sistema de mensajería móvil para el control de la diabetes en México. <i>mSalUV: a new mobile messaging system for diabetes control in Mexico.</i> , 35(5/6), 371-377.		X
A_453	Cardoso Almeida-Brasil, C., Braga Ceccato, M. d. G., Battistella Nemes, M. I., Crosland Guimarães, M. D., & de Assis Acurcio, F. (2017). Improving community mobilization in HIV treatment management: practical suggestions from patients in Brazil. <i>Mejorar la movilización comunitaria en el manejo del tratamiento para la infección por el VIH: sugerencias prácticas de pacientes en Brasil.</i> , 41, 1-9. doi:10.26633/RPSP.2017.119		X
A_454	Carvalho, L. P., Kergoat, M. J., Bolduc, A., & Aubertin-Leheudre, M. (2019). A Systematic Approach for Prescribing Posthospitalization Home-Based Physical Activity for Mobility in Older Adults: The PATH Study. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 20(10), 1287-1293. doi:10.1016/j.jamda.2019.01.143		X
A_455	Cervantes-Arriaga, A., Rodríguez-Violante, M., Bazán-Rodríguez, L., de la Cruz-Landero, A., Camacho-Ordóñez, A., González-Latapi, P., & Velázquez-Osuna, S. (2014). Adherencia y percepción del tratamiento antiparkinsoniano en pacientes mexicanos con enfermedad de Parkinson. <i>Adherence and perception of antiparkinsonic therapy in Mexican patients with Parkinson's disease.</i> , 15(1), 11-17.		X
A_456	Charles, A., Buckinx, F., Mouton, A., Reginster, J. Y., & Bruyere, O. (2020). Motivational climate of group exercise sessions in nursing homes. <i>Archives of Public Health</i> , 78(1). doi:10.1186/s13690-020-00425-y		X
A_457	Claes, J., Buys, R., Budts, W., Smart, N., & Cornelissen, V. A. (2017). Longer-term effects of home-based exercise interventions on exercise capacity and physical activity in coronary artery disease patients: A systematic review and meta-analysis. <i>European journal of preventive cardiology</i> , 24(3), 244-256. doi:10.1177/2047487316675823		X
A_458	Conceptual Framework for Investigating and Influencing Adherence Behavior among HIV-Positive Populations: An Applied Social Cognition Model. (2019).		X
A_459	Connolly, B., Salisbury, L., O'Neill, B., Geneen, L., Douiri, A., Grocott, M. P., . . . Blackwood, B. (2015). Exercise rehabilitation following intensive care unit discharge for recovery from critical illness. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (6), N.PAG-N.PAG.		X
A_460	Dasso, N. A. (2019). How is exercise different from physical activity? A concept analysis. <i>Nursing Forum</i> , 54(1), 45-52. doi:10.1111/nuf.12296		X
A_461	de Oliveira, V. H., Câmara, G. L. G., Azevedo, K. P. M., Neto, E. C. A., dos Santos, I. K., Medeiros, H. J., & Knackfuss, M. I. (2019). Treinamento com pesos em intensidade imposta e autosseleccionada sobre a composição corporal de idosos: um ensaio clínico randomizado. <i>Weight training program with imposed and self-selected intensity on body composition in elderly: a randomized clinical trial.</i> , 12(1), 11-14. doi:10.33155/j.ramd.2018.05.001		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_462	Dearden, J. S., & Sheahan, S. L. (2002). <b>Counseling middle-aged women about physical activity using the stages of change.</b> <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , 14(11), 492-497. doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00081.x		X
A_463	Dell'Acqua, P., Klompstra, L. V., Jaarsma, T., & Samini, A. (2013). <b>An assistive tool for monitoring physical activities in older adults.</b> Paper presented at the SeGAH 2013 - IEEE 2nd International Conference on Serious Games and Applications for Health, Book of Proceedings.		X
A_464	Er, V., Dias, K. I., Papadaki, A., White, J., Wells, S., Ward, D. S., . . . Kipping, R. (2018). <b>Association of diet in nurseries and physical activity with zBMI in 2-4-year olds in England: A cross-sectional study</b> 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. <i>BMC public health</i> , 18(1). doi:10.1186/s12889-018-6138-6		X
A_465	Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). <b>Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies.</b> <i>International journal of mental health nursing</i> , 25(2), 116-126. doi:10.1111/inm.12217		X
A_466	Felipe, T. R., de Oliveira, V. H., Rebouças, G. M., Filho, N. J. B. A., Pinto, E. F., Medeiros, H. J., & Knackfuss, M. I. (2017). <b>Estímulo auditivo motivacional na mudança de estado de humor em pacientes cardiopatas durante exercício aeróbico.</b> <i>Motivational auditory stimulus on mood state changes in cardiac patients during aerobic exercise.</i> , 10(3), 147-151. doi:10.1016/j.ramd.2016.02.008		X
A_467	Ferreira, R., Marques, A., Mendes, A., & da Silva, J. A. P. (2015). <b>Rheumatology telephone advice line -- experience of a Portuguese department.</b> <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 40(2), 163-168.		X
A_468	Finnegan, S., Bruce, J., Lamb, S. E., & Griffiths, F. (2015). <b>Predictors of attendance to group exercise: a cohort study of older adults in long-term care facilities.</b> <i>Bmc Geriatrics</i> , 15. doi:10.1186/s12877-015-0043-y		X
A_469	Forero Villalobos, J., & Barrios Araya, S. (2016). <b>Rol de enfermería en la consulta de prediálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada.</b> <i>Nursing role in predialysis visit in patients with advanced chronic kidney disease.</i> , 19(1), 77-86.		X
A_470	Forero Villalobos, J., Hurtado Castillo, Y., & Barrios Araya, S. (2017). <b>Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal.</b> <i>Influential factors in adherence to treatment peritoneal dialysis patient.</i> , 20(2), 149-157. doi:10.4321/S2254-288420170000200008		X
A_471	Gialanella, B., Comini, L., Olivares, A., Gelmini, E., Ubertini, E., & Grioni, G. (2020). <b>Pain, disability and adherence to home exercises in patients with chronic neck pain: long term effects of phone surveillance. A randomized controlled study.</b> <i>European journal of physical and rehabilitation medicine</i> , 56(1), 104-111. doi:10.23736/S1973-9087.19.05686-7		X
A_472	Giangregorio, L. M., MacIntyre, N. J., Thabane, L., Skidmore, C. J., & Papaioannou, A. (2013). <b>Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture.</b> <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (1), N.PAG-N.PAG.		X
A_473	González Boulí, Y., Cardosa Aguilar, E., & Carbonell Noblet, A. (2019). <b>Adherencia terapéutica antihipertensiva en adultos mayores.</b> <i>Adherence to antihypertensive therapy in elderly patients.</i> , 98(2), 146-156.		X
A_474	Hawley, H., Skelton, D. A., Campbell, M., & Todd, C. (2012). <b>Are the Attitudes of Exercise Instructors Who Work With Older Adults Influenced by Training and Personal Characteristics?</b> <i>Journal of Aging &amp; Physical Activity</i> , 20(1), 47-63. doi:10.1123/japa.20.1.47		X
A_475	<b>HIV Treatment Adherence - A Shared Burden for Patients, Health-Care Providers, and Other Stakeholders.</b> (2019).		X
A_476	Ildefonso, A. R. J., Eduardo, R. V., & Vásquez, J. (2011). <b>El Tratamiento Combinado: una Estrategia Práctica y Eicaz en el Control de la Hipertensión Arterial.</b> <i>COMBINED TREATMENT: A PRACTICAL AND EFFICACIOUS STRATEGY IN THE CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION.</i> , 13(5), 235-241.		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_477	Im, E. O., Chee, W., Lim, H. J., Liu, Y., & Kim, H. K. (2008). Midlife women's attitudes toward physical activity. <i>Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing</i> , 37(2), 203-213. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00219.x		X
A_478	J. R., R., D. S, F., J. S, N., J, S., D, P., S, A., . . . J. T, C. (2019). Positive affect as a predictor of adherence in patients with rheumatoid arthritis. <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 44(2), 132-137.		X
A_479	Jubiz, W., & Cruz, E. A. (2006). Kallmann's syndrome: description of a case. <i>Colombia Medica</i> , 37(4), 315-318.		X
A_480	Juliao Baños, F., Agudelo Zapata, Y., & Yepes Delgado, C. (2014). Variación en el cuidado de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): resultado de una encuesta. <i>Survey results regarding variations in care of patients with inflammatory bowel disease.</i> , 29(1), 11-18.		X
A_481	Karina, C.-H., Guillermina, Y.-T., & Carlos Alberto, A.-S. (2018). Funcionamiento ejecutivo y adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2. <i>Executive function and therapeutic adherence in type 2 diabetes mellitus.</i> , 23(3), 42-53.		X
A_482	La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. (2010). <i>Education as a strategy to improve adherence of patients of dialysis therapy.</i>		X
A_483	Litwak, L. E., Querzoli, I., Musso, C., Dain, A., Houssay, S., Proietti, A., & Costa Gil, J. E. (2019). MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA. UTILIDAD E INDICACIONES. <i>Continuous glucose monitoring. Utility and indications.</i> , 79(1), 44-52.		X
A_484	López, J. A. P., Tapia, M. D., José, Sánchez-Sosa, J., Togawa, C., & Robles, Ó. C. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. <i>Association between stress and depression levels and treatment adherence among HIV-positive individuals in Hermosillo, México.</i> , 23(6), 377-383.		X
A_485	López, O. M. M., Pinzón, A. D. D., González, E. B., & Peña Martínez, D. E. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. <i>Health perception and its effect on patients with diabetes.</i> , 27(2), 13-18.		X
A_486	Luisa Fernanda Achury, B., Diana Marcela Achury, S., Sandra Mónica Rodríguez, C., Gloria Judith, S., Martha Patricia Padilla, V., Jenny Marcela Lauro, U., . . . Liliana Enith Camargo, B. (2012). Self-Care Agency Capacity in Patients with Diagnostic of High Blood Pressure in a Second Level Institution. <i>Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo</i> , 14(2), 63-83.		X
A_487	MacCarthy, S., Hoffmann, M., Nunn, A., Vasconcelos da Silva, L. A., & Dourado, I. (2016). Barriers to HIV testing, linkage to care, and treatment adherence: a cross-sectional study from a large urban center of Brazil. <i>Obstáculos a las pruebas de detección del VIH, la vinculación con la atención y la observancia terapéutica: Estudio transversal de un importante centro urbano de Brasil.</i> , 40(6), 418-426.		X
A_488	Maciel Braga, S. K., da Silva Oliveira, T., Formiga Flavio, F., Bertino Véras, G. C., Neves da Silva, B., & Diniz Vieira Silva, C. R. (2020). Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose. <i>Stigma, discrimination, and treatment adherence: social representations of people with tuberculosis.</i> , 11(1), 1-14. doi:10.15649/cuidarte.785		X
A_489	Marcela Achury-Saldaña, D., Restrepo, L., Kamila Munar, M., Rodríguez, I., Camila Cely, M., Abril, N., & Toledo, L. (2020). Efecto de un programa de paciente experto en insuficiencia cardiaca. <i>Effect of an expert patient program in heart failure.</i> , 19(1), 479-492. doi:10.6018/eglobal.19.1.361801		X
A_490	Marcela Camargo Rojas, C., Norella Córdoba Rojas, D., & María Guio Reyes, Á. (2013). Motivational Interviews as a Nursing Intervention to Promote Self-Care in Patients with Heart Failure in a Fourth-Level Institution in Bogota, Colombia. <i>La entrevista motivacional como intervencion de enfermeria para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institución de cuarto nivel en Bogota, Colombia.</i> , 15(1), 31-49.		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_491	Martínez Mateo, M., & García Herrera, D. (2019). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática. <i>Therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type II and use of basic mobile technology: a systematic review.</i> , 10(1), 70-80. doi:10.20318/recs.2019.4429		X
A_492	Mateo, G. F., Granado-Font, E., Ferre-Grau, C., & Montana-Carreras, X. (2015). Mobile Phone Apps to Promote Weight Loss and Increase Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of medical Internet research</i> , 17(11). doi:10.2196/jmir.4836		X
A_493	Mato, Y. L. R., Alfonso, L. M., & Veá, H. B. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. <i>Therapeutic adherence and psychosocial factors in hypertensive patients.</i> , 23(1), 1-8.		X
A_494	Mejía, C. R., Pérez, A. M. P., Vásquez, A. U., & González, D. G. (2016). Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. <i>Adherence to treatment in rheumatoid arthritis: an essential condition for disease control.</i> , 32(3), 1-13.		X
A_495	Melano-Carranza, E., Ojeda, L. A. L., & Ávila-Funes, J. A. (2008). Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores: resultados del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. <i>Factors associated with untreated hypertension among older adults: results of the Mexican Health and Aging Study, 2001.</i> , 23(5), 295-302. doi:10.1590/S1020-49892008000500001		X
A_496	Mena Díaz, F. C., Nazar, G., & Mendoza Parra, S. (2018). ANTECEDENTES DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD CHILENO. <i>HISTORY OF ADHERENCE TO TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS OF A CHILEAN HEALTH CENTER.</i> , 23(2), 67-78. doi:10.17151/hpsal.2018.23.2.5		X
A_497	Morowatisharifabad, M. A., Movahed, E., Nikoobe, R., Farokhzadian, J., Bidaki, R., Askarishahi, M., & Hosseinzadeh, M. (2019). Adherence to medication and physical activity among people living with HIV/AIDS. <i>Iranian journal of nursing and midwifery research</i> , 24(5), 397-399. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_205_18		X
A_498	N. I, T.-B., D. J, S.-G., P, L.-M., & L. E, P.-M. (2016). Efectos del programa de rehabilitación cardiaca fase III del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en pacientes con cardiomiopatía isquémica en fase dilatada. <i>Effects of cardiac rehabilitation program phase III National Medical Center November 20 in patients with ischemic dilated cardiomyopathy in phase.</i> , 70(5), 423-436.		X
A_499	Naranjo-Rojas, A., Millán, J. C., & Orrego, M. (2016). Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria, Cali, 2014. <i>Adherence to home respiratory therapy plans among patients with chronic diseases from the home care program, Cali, 2014.</i> , 34(2), 212-219. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a10		X
A_500	Nowalk, M. P., Prendergast, J. M., Bayles, C. M., D'Amico, F. J., & Colvin, G. C. (2001). A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: the FallsFREE Program. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 49(7), 859-865. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49174.x		X
A_501	Ojeda Ramírez, M. D., Caro Rodríguez, I., Ojeda Ramírez, D., García Pérez, A., García Hita, S., & García Marcos, S. (2017). Consulta de enfermería y adherencia terapéutica del paciente en hemodiálisis. <i>Nursing consultation and therapeutic adherence of the hemodialysis patient.</i> , 20(2), 132-138. doi:10.4321/S2254-288420170000200006		X
A_502	Ospina DÍAz, J. M., MartíÑez, L. J., Ospina Ariza, L. V., Bueno, S. J., GutiÉRrez, H. H., & Camacho LÓPez, P. A. (2019). COMPLIANCE TO TREATMENT IN DIABETIC PATIENTS FROM BUCARAMANGA, COLOMBIA: A CROSS SECTIONAL STUDY. <i>Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos de Bucaramanga, Colombia: estudio de corte transversal.</i> , 19(1), 23-31. doi:10.30554/archmed.19.1.2877.2019		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_503	Parra, D. I., Guevara, S. L. R., & Rojas, L. Z. (2019). Influential Factors in Adherence to the Therapeutic Regime in Hypertension and Diabetes. <i>Factores influyentes en la adherencia al régimen terapéutico en hipertensión y diabetes.</i> , 37(3), 11-23. doi:10.17533/udea.iee.v37n3e02		X
A_504	Patel, P., Ordunez, P., DiPette, D., Escobar, M. C., Hassell, T., Wyss, F., . . . Angell, S. (2017). Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. <i>Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project.</i> , 41, 1-12. doi:10.1111/jch.12861		X
A_505	Petito, E. L., Nazario, A. C. P., Martinelli, S. E., Facina, G., & De Gutierrez, M. G. R. (2012). Application of a domicile-based exercise program for shoulder rehabilitation after breast cancer surgery. <i>Revista latino-americana de enfermagem</i> , 20(1), 35-43. doi:10.1590/s0104-11692012000100006		X
A_506	Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. (2003). <i>El incumplimiento de los tratamientos prolongados de las enfermedades crónicas es un problema mundial</i>		X
A_507	Ramos Rangel, Y., Morejón Suárez, R., Cabrera Macías, Y., Herranz Brito, D., & Rodríguez Ortega, W. (2018). Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. <i>Therapeutic adherence, level of knowledge of the disease and self-esteem in type 2 diabetic patients.</i> , 20(3), 13-23.		X
A_508	Resnick, B., & Boltz, M. (2016). Incorporating Function and Physical Activity Across All Settings. In B. Resnick & M. Boltz (Eds.), <i>Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol 36: Optimizing Physical Activity and Function across Settings</i> (Vol. 36, pp. 293-321).		X
A_509	Resnick, B., & Galik, E. (2013). Using Function-Focused Care to Increase Physical Activity Among Older Adults. In B. A. Smith (Ed.), <i>Annual Review of Nursing Research, Vol 31: Exercise in Health and Disease</i> (Vol. 31, pp. 175-208).		X
A_510	Riveiro Rodríguez, C. M., Rodríguez Rodríguez, G., Rodríguez Longueira, S., Varela Maceiras, Y., & Blanco Canosa, P. (2018). CASO CLÍNICO. GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD: DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE EN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO. CASE REPORT. <i>INEFFECTIVE MANAGEMENT OF ONE'S OWN HEALTH: LEARNING DIFFICULTIES IN A PATIENT WITH A HEART TRANSPLANT.</i> , 25(75), 61-62.		X
A_511	Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Delgado, M. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Jiménez-Luna, J., López-Ocaña, L. R., & Chacón-Sánchez, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. <i>Stages of grief in diabetes and metabolic control.</i> , 53(5), 546-551.		X
A_512	Rogers, A., Harris, T., Victor, C., Woodcock, A., Limb, E., Kerry, S., . . . Cook, D. G. (2014). Which older people decline participation in a primary care trial of physical activity and why: insights from a mixed methods approach. <i>Bmc Geriatrics</i> , 14. doi:10.1186/1471-2318-14-46		X
A_513	Sánchez González, J. C., Martínez Martínez, C., Bethencourt Fernández, D., & Pablos López, M. (2015). Valoración de los conocimientos que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca de su tratamiento. <i>The assessment of knowledge about treatment in haemodialysis patients.</i> , 18(1), 23-30. doi:10.4321/s2254-28842015000100004		X
A_514	Sánchez-Sosa, J. J., Robles, Ó. C., López, J. A. P., & Tapia, M. D. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. <i>A psychological model for therapeutic adherence behaviors in persons with HIV.</i> , 32(5), 389-397.		X
A_515	Santos, R. P., Horta, P. M., Souza, C. S., dos Santos, C. A., de Oliveira, H. B. S., de Almeida, L. M. R., & dos Santos, L. C. (2012). Nutrition and physical activity counseling practice and adherence of primary care users. <i>Revista gaucha de enfermagem</i> , 33(4), 14-21.		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_516	Simpson, M. E. (1998). Testing gender differences in a model for exercise adherence in United States Army Reservists. (Ph.D.), University of Missouri - Columbia. Retrieved from <a href="https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109877886&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109877886&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.		X
A_517	Sorzano, A. C., Fuentes, H. D., Eraso, L. F., Huerta, G. G., & Amaya, D. (2017). Instrumentation of Activities in Clinical Routine of Functional Neurorehabilitation of Upper Extremity. <i>INSTRUMENTACIÓN DE ACTIVIDADES EN RUTINA CLÍNICA DE NEUROREHABILITACIÓN FUNCIONAL DE EXTREMIDAD SUPERIOR.</i> , 11(22), 37-42. doi:10.24050/19099762.n22.2017.1184		X
A_518	Sun, T. L., Huang, C. H., Pei, C., & Hung, T. M. (2014). Comparison of somatosensory gaming (SG)- based rehabilitation exercise programs at elderly nursing homes. <i>Gerontechnology</i> , 13(2), 284. doi:10.4017/gt.2014.13.02.248.00		X
A_519	Takahashi, T., Takeshima, N., Rogers, N. L., Rogers, M. E., & Islam, M. M. (2015). Passive and active exercises are similarly effective in elderly nursing home residents. <i>Journal of physical therapy science</i> , 27(9), 2895-2900. doi:10.1589/jpts.27.2895		X
A_520	Thiamwong, L., Stout, J. R., Sole, M. L., Ng, B. P., Yan, X., & Talbert, S. (2020). Physio-Feedback and Exercise Program (PEER) Improves Balance, Muscle Strength, and Fall Risk in Older Adults. <i>Research in gerontological nursing</i> , 1-8. doi:10.3928/19404921-20200324-01		X
A_521	Tomita, M. R., & Nochajski, S. M. (2015). Using smart home technology and health-promoting exercise <i>International Handbook of Occupational Therapy Interventions, Second Edition</i> (pp. 747-753).		X
A_522	Tsuboi, S., Hayakawa, T., Kanda, H., & Fukushima, T. (2011). Physical activity in the context of clustering patterns of health-promoting behaviors. <i>American journal of health promotion : AJHP</i> , 25(6), 410-416. doi:10.4278/ajhp.090720-QUAN-232		X
A_523	Vernon, S., & Ross, F. (2008). Participation in community exercise classes: barriers to access. <i>British journal of community nursing</i> , 13(2), 89-92.		X
A_524	Villamarín Betancourt, E. A. (2017). MANEJO INTEGRAL DEL ASMA. <i>Revista Gastrohnp</i> , 19(1), 49-55.		X
A_525	Wolfenden, L., Goldman, S., Stacey, F. G., Grady, A., Kingsland, M., Williams, C. M., . . . Yoong, S. L. (2018). Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 11, CD012439. doi:10.1002/14651858.CD012439.pub2		X
A_526	Yanes Quesada, M., Cruz Hernández, J., González Calero, T. M., Conesa González, A. I., Padilla Ledesma, L., Hernández García, P., & Yanes Quesada, M. A. (2018). Educación terapéutica sobre diabetes a adultos mayores. <i>Therapeutic Diabetes Education to Elderly.</i> , 29(3), 1-10.		X
A_527	Yang, Z. N., & Petrini, M. A. (2018). Self-Selected and Prescribed Intensity Exercise to Improve Physical Activity Among Inactive Retirees. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 40(9), 1301-1318. doi:10.1177/0193945918791647		X
A_528	Yeom, H. A., Jung, D., & Choi, M. (2011). Adherence to physical activity among older adults using a geographic information system: Korean national health and nutrition examinations survey IV. <i>Asian Nursing Research</i> , 5(2), 118-127. doi:10.1016/S1976-1317(11)60020-0		X
A_529	Zárate, A., Basurto, L., Hernández, M., & Saucedo, R. (2007). Conducta terapéutica actual para la osteoporosis en la mujer y el hombre. <i>Medicina Interna de Mexico</i> , 23(3), 210-216.		X
A_530	Abdel-Aal, A., Lisspers, K., Williams, S., Adab, P., Adams, R., Agarwal, D., . . . Jordan, R. E. (2022). Prioritising primary care respiratory research needs: results from the 2020 International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) global e-Delphi exercise. <i>NPJ primary care respiratory medicine</i> , 32(1), 6. doi:10.1038/s41533-021-00266-4		X
A_531	Blum, D., Schuetz, C., Jensen, W., Wannke, L., Ketels, G., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2020). Individual specialist physical activity assessment and intervention in advanced cancer patients on a palliative care ward; the 3STEPS-study. <i>Annals of palliative medicine</i> , 9(6), 4315-4322. doi:10.21037/apm-19-472		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_532	Capozzi, L. C., Daun, J. T., Ester, M., Mosca, S., Langelier, D., Francis, G. J., . . . Culos-Reed, S. N. (2021). <b>Physical Activity for Individuals Living with Advanced Cancer: Evidence and Recommendations</b> . <i>Seminars in Oncology Nursing</i> , 37(4), N.PAG-N.PAG. doi:10.1016/j.soncn.2021.151170		X
A_533	Charles, A., Buckinx, F., Mouton, A., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2020). <b>Motivational climate of group exercise sessions in nursing homes</b> . <i>Archives of Public Health</i> , 78(1), 1-6. doi:10.1186/s13690-020-00425-y		X
A_534	Gallardo-Alfaro, L., Bibiloni, M. D. M., Bouzas, C., Mascaró, C. M., Martínez-González, M. Á., Salas-Salvadó, J., . . . Tur, J. A. (2021). <b>Physical activity and metabolic syndrome severity among older adults at cardiovascular risk: 1-Year trends</b> . <i>Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD</i> , 31(10), 2870-2886. doi:10.1016/j.numecd.2021.06.015		X
A_535	Gialanella, B., Comini, L., Olivares, A., Gelmini, E., Ubertini, E., & Grioni, G. (2020). <b>Pain, disability and adherence to home exercises in patients with chronic neck pain: long term effects of phone surveillance</b> . A randomized controlled study. <i>European journal of physical and rehabilitation medicine</i> , 56(1), 104-111. doi:10.23736/S1973-9087.19.05686-7		X
A_536	Grönstedt, H., Vikström, S., Cederholm, T., Franzén, E., Luiking, Y. C., Seiger, Å., . . . Boström, A.-M. (2020). <b>Effect of Sit-to-Stand Exercises Combined With Protein-Rich Oral Supplementation in Older Persons: The Older Person's Exercise and Nutrition Study</b> . <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 21(9), 1229-1237. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.030		X
A_537	Karlsson, E. S., Grönstedt, H. K., Faxén-Irving, G., Franzén, E., Luiking, Y. C., Seiger, Å., . . . Boström, A.-M. (2021). <b>Response and Adherence of Nursing Home Residents to a Nutrition/Exercise Intervention</b> . <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 22(9), 1939. doi:10.1016/j.jamda.2021.04.001		X
A_538	Neils-Strunjas, J., Crandall, K. J., Ding, X., Gabbard, A., Rassi, S., & Otto, S. (2021). <b>Facilitators and Barriers to Attendance in a Nursing Home Exercise Program</b> . <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 22(4), 803-808. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.023		X
A_539	Okafor, U. B., & Goon, D. T. (2021). <b>Physical Activity Advice and Counselling by Healthcare Providers: A Scoping Review</b> . <i>Healthcare (Basel, Switzerland)</i> , 9(5). doi:10.3390/healthcare9050609		X
A_540	Wysma-Fisher, K., Ester, M., Mustata, S., Cowan, T., & Culos-Reed, S. N. (2022). <b>Results From a Physical Activity Intervention Feasibility Study With Kidney Inpatients</b> . <i>Canadian journal of kidney health and disease</i> , 9, 20543581221079958. doi:10.1177/20543581221079958		X
A_541	Achury Beltrán, L. F., Achury Saldaña, D. M., Rodríguez Colmenares, S. M., Sepúlveda, G., Padilla Velasco, M. P., Leuro Umaña, J. M., . . . Camargo Becerra, L. E. (2012). <b>Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertension arterial en una institucion de segundo nivel</b> . <i>Self-Care Agency Capacity in Patients with Diagnostic of High Blood Pressure in a Second Level Institution.</i> , 14(2), 63-83.		X
A_542	Arcega-Domínguez, A., & Celada-Ramírez, N. A. (2008). <b>Control de pacientes con diabetes</b> . <i>Revista Medica del IMSS</i> , 46(6), 685-690.		X
A_543	Benítez-Agudelo, J. C., Barceló-Martínez, E., Gelves-Ospina, M., Díaz-Bernier, A., & Orozco-Acosta, E. (2017). <b>Influencia de las variables neuropsicológicas y psicológicas en la adherencia al tratamiento en la DM2</b> . <i>Influence of variable neuropsychological and psychological grip on the treatment of patients with type 2 diabetes.</i> , 18(2), 39-50.		X
A_544	Bennell, K. L., Egerton, T., Bills, C., Gale, J., Kolt, G. S., Bunker, S. J., . . . Hinman, R. S. (2012). <b>Addition of telephone coaching to a physiotherapist-delivered physical activity program in people with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial protocol</b> . <i>BMC musculoskeletal disorders</i> , 13, 246. doi:10.1186/1471-2474-13-246		X
A_545	Boim, C., Caberlotto, O., Storni, M., CortiÑaz, M., Monti, F., & Khoury, M. (2014). <b>ADHERENCIA A UN PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA</b> . <i>Adherence to interdisciplinary pulmonary rehabilitation program.</i> , 74(2), 104-109.		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_546	Bosak, K. (2012). <b>Managing Metabolic Syndrome: Focus on Physical Activity</b> . <i>Journal for Nurse Practitioners</i> , 8(3), 206-211. doi:10.1016/j.nurpra.2011.09.001		X
A_547	Boyd, S. T., Scott, D. M., & Augustine, S. C. (2006). <b>Exercise for low-income patients with diabetes - A continuous quality improvement project</b> . <i>Diabetes Educator</i> , 32(3), 385-393. doi:10.1177/0145721706288070		X
A_548	Cardoso, P. C., Caballero, L. G., Ruschel, K. B., Pereira de Moraes, M. A., & Rabello da Silva, E. R. (2019). <b>Profile of the nursing diagnoses in stable heart disease patients</b> . <i>Perfil de los diagnósticos de enfermería en pacientes cardiopatas estables.</i> , 37(2), 1-12. doi:10.17533/udea.iee.v37n2e08		X
A_549	Castillo Morejón, M., Martín Alonso, L., & Almenares Rodríguez, K. (2017). <b>Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2</b> . <i>Therapeutic adherence and influencing factors in patients with type 2 diabetes mellitus.</i> , 33(4), 1-10.		X
A_550	Cheng, P., Yi, L., & Chen, Y. (2016). <b>Influence of physical and psychological rehabilitation exercise on self-management efficacy of breast cancer patients after radiotherapy and chemotherapy</b> . <i>Chinese Nursing Research</i> , 30(7B), 2457-2460. doi:10.3969/j.issn.1009-6493.2016.20.008		X
A_551	Chung, C., Lee, S., Hwang, S., & Park, E. (2013). <b>Systematic review of exercise effects on health outcomes in women with breast cancer</b> . <i>Asian Nursing Research</i> , 7(3), 149-159. doi:10.1016/j.anr.2013.07.005		X
A_552	Conraads, V. M., Deaton, C., Piotrowicz, E., Santaularia, N., Tierney, S., Piepoli, M. F., . . . Jaarsma, T. (2012). <b>Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions A position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology</b> . <i>European journal of heart failure</i> , 14(5), 451-458. doi:10.1093/eurjhf/hfs048		X
A_553	Curbelo Rodríguez, R., Zarco Montejo, P., Almodóvar González, R., Flórez García, M., & Carmona Ortells, L. (2017). <b>Barreras y facilitadores para la práctica del ejercicio físico en pacientes con espondiloartritis: estudio cualitativo de grupos focales (EJES-3D)</b> . <i>Barriers and Facilitators for the Practice of Physical Exercise in Patients With Spondyloarthritis: Qualitative Study of Focus Groups (EJES-3D)</i> . 13(2), 91-96. doi:10.1016/j.reuma.2016.03.004		X
A_554	Doalto Muñoz, Y., Cruz Valle, R., & Carretón Manrique, M. L. (2018). <b>Factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal funcionante</b> . <i>Factors associated with resilience and therapeutic adherence in patients with functioning renal graft.</i> , 21(2), 123-129. doi:10.4321/S2254-28842018000200003		X
A_555	Dubbert, P. M., Cooper, K. M., Kirchner, K. A., Meydrech, E. F., & Bilbrew, D. (2002). <b>Effects of nurse counseling on walking for exercise in elderly primary care patients</b> . <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i> , 57(11), M733-M740.		X
A_556	Fien, S., Henwood, T., Climstein, M., & Keogh, J. W. L. (2016). <b>Feasibility and benefits of group-based exercise in residential aged care adults: a pilot study for the GRACE programme</b> . <i>Peerj</i> , 4. doi:10.7717/peerj.2018		X
A_557	Fien, S., Henwood, T., Climstein, M., Rathbone, E., & Keogh, J. W. L. (2019). <b>Exploring the feasibility, sustainability and the benefits of the GRACE plus GAIT exercise programme in the residential aged care setting</b> . <i>Peerj</i> , 7. doi:10.7717/peerj.6973		X
A_558	García-Viola, A. (2019). <b>Influencia del envío de mensajes de texto al teléfono móvil en el control glucémico de la diabetes tipo 2</b> . <i>Influence of sending messages to the mobile phone in the glycemic control of diabetes type 2.</i> , 10(2), 171-178. doi:10.20318/recs.2019.4804		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_559	Gillett, P. A., Johnson, M., Juretech, M., Richardson, N., Slagle, L., & Farikoff, K. (1993). The nurse as exercise leader. Nurses interested in and knowledgeable about the changes of aging are in an ideal position to develop and lead exercise programs for older adults. <i>Geriatric Nursing</i> , 14(3), 133-137. doi:10.1016/S0197-4572(06)80129-1		X
A_560	Goes Da Silva, L., Rodrigues Soares, F. H., De Paiva Alves, T. N., Fontoura Chagas Rocha, L. F., Cota De Sá, A. S., Dias Xavier, B. F., & Cordeiro De Sousa, M. B. (2018). EXERCÍCIO AERÓBICO DE INTENSIDADE AUTOSSELECIONADA PROPORCIONA UMA RESPOSTA AFETIVA POSITIVA E UMA REDUÇÃO DO ESTRESSE EM MULHERES OBESAS: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO. <i>AEROBIC EXERCISE OF SELF-SELECTED INTENSITY PROVIDES A POSITIVE AFFECTIVE RESPONSE AND A STRESS REDUCTION IN OBESE WOMEN: A RANDOMIZED CLINICAL TEST.</i> , 22(2), 40-44.		X
A_561	Gómez, V., & Durán, D. (2012). Efectos de un programa de rehabilitación pulmonar en asma severa. Presentación de caso. <i>Effects of a Pulmonary Rehabilitation Program for Several Asthma. Case Presentation.</i> , 10(2), 253-264.		X
A_562	González-Cantero, J. O., & Oropeza Tena, R. (2016). Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. <i>Salud Mental</i> , 39(2), 99-105. doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.006		X
A_563	Gretebeck, K. A., Sabatini, L. M., Black, D. R., & Gretebeck, R. J. (2017). Physical Activity, Functional Ability, and Obesity in Older Adults: A Gender Difference. <i>Journal of gerontological nursing</i> , 43(9), 38-46. doi:10.3928/00989134-20170406-03		X
A_564	Grönstedt, H., Vikström, S., Cederholm, T., Franzén, E., Luiking, Y. C., Seiger, Å., . . . Boström, A. M. (2020). Effect of Sit-to-Stand Exercises Combined With Protein-Rich Oral Supplementation in Older Persons: The Older Person's Exercise and Nutrition Study. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> . doi:10.1016/j.jamda.2020.03.030		X
A_565	Guillén Cadena, D. M., Flores Atilano, B., & Aristizábal Hoyos, G. P. (2016). Viviendo con diabetes: una agridulce experiencia. <i>Living with diabetes: a bittersweet experience.</i> , 21, 140-144.		X
A_566	He, W., Zhang, Y., & Zhao, F. (2013). Factors influencing exercises in Chinese people with type 2 diabetes. <i>International Nursing Review</i> , 60(4), 494-500. doi:10.1111/inr.12046		X
A_567	Herrera LíAn, A., Andrade H, Y. R., HernÁNdez S, O., Manrique M, J. P., Faria C, K. L., & Machado R, M. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. <i>Patients with Type 2 Mellitus Diabetes and their Self-Care Agency Capacity, Cartagena.</i> , 30(2), 39-46.		X
A_568	Herrera-Añazco, P., Pacheco-Mendoza, J., Valenzuela-Rodríguez, G., & Málaga, G. (2017). AUTOCONOCIMIENTO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERÚ: UNA REVISIÓN NARRATIVA. <i>SELF-KNOWLEDGE, ADHERENCE TO TREATMENT, AND CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PERU: A NARRATIVE REVIEW.</i> , 34(3), 497-504. doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2622		X
A_569	Hoffmann, R. (2013). The impact of exercise on hematopoietic stem cell patients. (Ph.D.), University of Utah. Retrieved from <a href="https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109864079&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109864079&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.		X
A_570	Houle, J., Doyon, O., Turbide, G., Vadeboncoeur, N., Diaz, A., & Poirier, P. (2009). Home-based Cardiac Rehabilitation Program Led by A Clinical Nurse Specialist And Optimisation of Adherence to Physical Activity, Cardiovascular Risk Factors and Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. <i>Circulation</i> , 120(18), S464-S464.		X
A_571	Hsiao, C. Y., Tsai, A. Y., Chen, K. M., & Yao, C. T. (2019). Applicability of an elastic band exercise program to wheelchair-bound older adults with and without dementia: A self-rating survey. <i>Geriatrics &amp; Gerontology International</i> , 19(2), 103-107. doi:10.1111/ggi.13560		X

Código	Referencia	Exclusión Título	Exclusión Resumen
A_572	Hutchinson, M., Wendt, N., & Smith, S. T. (2018). Trial Implementation of a Telerehabilitation Exercise System in Residential Aged Care...5th Global Telehealth meeting, Adelaide, Australia, November 2017. <i>Studies in Health Technology &amp; Informatics</i> , 246, 62-74. doi:10.3233/978-1-61499-845-7-62		X
A_573	Ibáñez, C. P. B. (2007). Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos, en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. <i>Design of an instrument to evaluate the factors influencing the treatment adherence in people with cardiovascular disease risks.</i> , 25(1), 46-55.		X
A_574	Iglesias Marichal, I., Elias-Calles, L. C., Domínguez Alonso, E., & Mendoza Trujillo, M. (2013). Adherencia terapéutica en pacientes con dislipoproteinemias. <i>Adherence to treatment in patients with dyslipoproteinemias.</i> , 24(3), 229-241.		X
A_575	Iglesias Martínez, B., Olaya Velázquez, I., & Gómez Castro, M. J. (2015). [Prevalence of performing and prescribing physical exercise in patients diagnosed with anxiety and depression]. <i>Atencion primaria</i> , 47(7), 428-437. doi:10.1016/j.aprim.2014.10.003		X
A_576	Ingrid, B., & Marsella, A. (2008). Factors influencing exercise participation by clients in long-term care. <i>Perspectives (Gerontological Nursing Association (Canada))</i> , 32(4), 5-11.		X
A_577	Instrumentos de valoración en enfermería cardiovascular. (2019).		X
A_578	Jenkins, F., Jenkins, C., Gregoski, M. J., & Magwood, G. S. (2017). Interventions Promoting Physical Activity in African American Women An Integrative Review. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 32(1), 22-29. doi:10.1097/JCN.0000000000000298		X
A_579	Jin, H., Kim, J. H., & Kim, M. (2019). Influence of physical and psychological symptoms on exercise adherence in patients with heart failure: Focused on the mediating effects of self-efficacy. <i>Journal of the Korean Academy of Fundamentals of Nursing</i> , 26(1), 52-61. doi:10.7739/jkafn.2019.26.1.52		X
A_580	Kolchraiber, F. C., Rocha, J. D., Cesar, D. J., Monteiro, O. D., Frederico, G. A., & Gamba, M. A. (2018). Level of physical activity in people with type-2 diabetes mellitus. <i>Revista Cuidarte</i> , 9(2), 2105-2116. doi:10.15649/cuidarte.v9i2.512		X
A_581	Kredlow, M. A., Capozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W., & Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 38(3), 427-449. doi:10.1007/s10865-015-9617-6		X
A_582	Lee, H. J., & Choi-Kwon, S. (2014). Factors influencing adherence to vestibular rehabilitation exercise program in patients with dizziness. <i>Korean Journal of Adult Nursing</i> , 26(4), 434-443. doi:10.7475/kjan.2014.26.4.434		X
A_583	Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. <i>International journal of nursing studies</i> , 45(11), 1690-1699. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.012		X
A_584	López-Portillo, A., Bautista-Vidal, R. C., Rosales-Velásquez, O. F., Galicia-Herrera, L., & Rivera-y Escamilla, J. S. (2007). Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. <i>Revista Medica del IMSS</i> , 45(1), 29-36.		X
A_585	Márquez Arabia, J. J., & Márquez Arabia, W. H. (2014). Artrosis y actividad física. <i>Arthrosis and physical activity.</i> , 28(1), 83-100.		X
A_586	Martínez-Domínguez, G. I., MartíNez-Sánchez, L. M., De Los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M., Agudelo-Vélez, C. A., Jiménez-Jiménez, J. G., Vargas-Grisales, N., & Lopera-Valle, J. S. (2014). ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN (COLOMBIA), AÑO 2011. <i>Adherence and metabolic control in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a hospital of Medellin (Colombia), 2011.</i> , 14(1), 44-50. doi:10.30554/archmed.14.1.240.2014		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_587	Martinez-Vega, I. P., Doubova, S. V., & Pérez-Cuevas, R. (2017). <b>Distress and its association with self-care in people with type 2 diabetes.</b> <i>Salud Mental, 40</i> (2), 47-55. doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.007		X
A_588	McGuire, R. L. (2008). <b>Examining intervention components for promoting adherence to strength weight training exercise in postmenopausal breast cancer survivors with bone loss.</b> (Ph.D.), University of Nebraska Medical Center. Retrieved from <a href="https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109851277&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109851277&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.		X
A_589	Mora Marcial, G. R., Tamallo, K. V., de las Mercedes Rodríguez Vergara, T., del Pino, B. N., & Guerra Cabrera, C. (2017). <b>Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles.</b> <i>Therapeutic adherence in patient with noncommunicable chronic diseases.</i> , 33(3), 270-280.		X
A_590	Naranjo, A., Cáceres, L., Hernández-Beriaín, J. Á., Francisco, F., Ojeda, S., Talaverano, S., . . . Rodríguez-Lozano, C. (2016). <b>Ajuste en la práctica clínica de las directrices treat-to-target para la artritis reumatoide: resultados del estudio ToARcan.</b> <i>Adjustment in the clinical practice of treat-to-target guidelines for rheumatoid arthritis: Results of the ToARcan study.</i> , 12(1), 34-38. doi:10.1016/j.reuma.2015.03.003		X
A_591	Oliveira, P. S., Costa, M. M. L., Ferreira, J. D. L., & Lima, C. L. J. (2017). <b>Self Care in Diabetes Mellitus: bibliometric study.</b> <i>Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico.</i> , 16(45), 670-688. doi:10.6018/eglobal.16.1.249911		X
A_592	Ortega Pérez de Villar, L., Antolí García, S., Lidón Pérez, M. J., Amer Cuenca, J. J., Benavent Caballer, V., & Segura Ortí, E. (2016). <b>Comparación de un programa de ejercicio intradiálisis frente a ejercicio domiciliario sobre capacidad física funcional y nivel de actividad física.</b> <i>Comparison of intradialysis exercise program versus home exercise on functional capacity and physical activity level.</i> , 19(1), 45-54.		X
A_593	Peters, T., Erdmann, R., & Hacker, E. D. (2018). <b>Exercise intervention: Attrition, compliance, adherence, and progression following hematopoietic stem cell transplantation.</b> <i>Clinical Journal of Oncology Nursing, 22</i> (1), 97-103. doi:10.1188/18.CJON.97-103		X
A_594	Putri, N., Rekawati, E., & Wati, D. N. K. (2019). <b>Relationship of age, gender, hypertension history, and vulnerability perception with physical exercise compliance in elderly.</b> <i>Enfermería clínica, 29</i> , 541-545. doi:10.1016/j.enfcli.2019.04.083		X
A_595	Raustorp, A., & Sundberg, C. J. (2014). <b>The evolution of physical activity on prescription (FaR) in Sweden.</b> <i>Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 62</i> (2), 23-25.		X
A_596	Robertson, D., & Keller, C. (1992). <b>Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease.</b> <i>Heart &amp; Lung, 21</i> (1), 56-63.		X
A_597	Roshanaei-Moghaddam, B., Katon, W. J., & Russo, J. (2009). <b>The longitudinal effects of depression on physical activity.</b> <i>General hospital psychiatry, 31</i> (4), 306-315. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.04.002		X
A_598	Salami, I. A.-J. (2011). <b>The effects of lifestyle exercise on health beliefs, self-efficacy, and depressed mood in the year following the completion of a cardiac rehabilitation program.</b> (Ph.D.), Case Western Reserve University. Retrieved from <a href="https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109858532&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109858532&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.		X
A_599	Sánchez, C. V. B. (2007). <b>Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria.</b> <i>The relation between the capability of the self-care</i>		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
	<b>agency and the adherence to the pharmacological and non pharmacological treatment among persons with some coronary illness condition.</b> , 25(2), 65-75.		
A_600	Schlenk, E. A., Bilt, J. V., Lo-Ciganic, W.-H., Jacob, M. E., Woody, S. E., Conroy, M. B., . . . Zgibor, J. C. (2016). <b>Pilot Enhancement of the Arthritis Foundation Exercise Program with a Healthy Aging Program.</b> <i>Research in gerontological nursing</i> , 9(3), 123-132. doi:10.3928/19404921-20151019-04		X
A_601	Schmid-Mohler, G., Fehr, T., Witschi, P., Albiez, T., Biotti, B., & Spirig, R. (2013). [Development of an evidence-based self-management programme for patients in the first year after renal transplantation with a focus on prevention of weight gain, physical exercise and drug adherence]. <i>Pflege</i> , 26(3), 191-205. doi:10.1024/1012-5302/a000291		X
A_602	Scott, J. M., Zabor, E. C., Schwitzer, E., Koelwyn, G. J., Adams, S. C., Nilsen, T. S., . . . Jones, L. W. (2018). <b>Efficacy of Exercise Therapy on Cardiorespiratory Fitness in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis.</b> <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 36(22), 2297-2305. doi:10.1200/JCO.2017.77.5809		X
A_603	Segar, M. L., Katch, V. L., Roth, R. S., Garcia, A. W., Portner, T. I., Glickman, S. G., . . . Wilkins, E. G. (1998). <b>The effect of aerobic exercise on self-esteem and depressive and anxiety symptoms among breast cancer survivors.</b> <i>Oncology nursing forum</i> , 25(1), 107-113.		X
A_604	Sekerci, Y. G. (2017). <b>The Impact of Home Visitation Program on Exercise Behaviour of Women with Type 2 Diabetes.</b> <i>International Journal of Medical Research &amp; Health Sciences</i> , 6(3), 95-100.		X
A_605	Singh, B., Spence, R. R., Steele, M. L., Sandler, C. X., Peake, J. M., & Hayes, S. C. (2018). <b>A Systematic Review and Meta-Analysis of the Safety, Feasibility, and Effect of Exercise in Women With Stage II+ Breast Cancer.</b> <i>Archives of Physical Medicine &amp; Rehabilitation</i> , 99(12), 2621-2636. doi:10.1016/j.apmr.2018.03.026		X
A_606	Siu, L. S. K. (2006). <b>Chinese women's perceptions of the severity and impact of stress urinary incontinence: a model to explain adherence to pelvic floor muscle exercise.</b> (Ph.D.), Chinese University of Hong Kong (People's Republic of China). Retrieved from <a href="https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109848805&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109848805&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.		X
A_607	Swenson, K. K. (2006). <b>Physical activity in women receiving chemotherapy for breast cancer: patterns and adherence to an intervention protocol.</b> (Ph.D.), University of Minnesota. Retrieved from <a href="https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109847011&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=109847011&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a> Available from EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text database.		X
A_608	Taulaniemi, A., Kankaanpaa, M., Rinne, M., Tokola, K., Parkkari, J., & Suni, J. H. (2020). <b>Fear-avoidance beliefs are associated with exercise adherence: secondary analysis of a randomised controlled trial (RCT) among female healthcare workers with recurrent low back pain.</b> <i>Bmc Sports Science Medicine and Rehabilitation</i> , 12(1). doi:10.1186/s13102-020-00177-w		X
A_609	Thomas, M., McKinley, R. K., Mellor, S., Watkin, G., Holloway, E., Scullion, J., . . . Pavord, I. (2009). <b>Breathing exercises for asthma: a randomised controlled trial.</b> <i>Thorax</i> , 64(1), 55-61. doi:10.1136/thx.2008.100867		X
A_610	Tierney, S., Mamas, M., Woods, S., Rutter, M. K., Gibson, M., Neyses, L., & Deaton, C. (2012). <b>What strategies are effective for exercise adherence in heart failure? A systematic review of controlled studies.</b> <i>Heart failure reviews</i> , 17(1), 107-115. doi:10.1007/s10741-011-9252-4		X
A_611	Tompkins, T. H., Belza, B., & Brown, M. (2009). <b>Nurse practitioner practice patterns for exercise counseling.</b> <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , 21(2), 79-86. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00388.x		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_612	Tonosaki, A., Imaizumi, S., Satoh, M., & Koizumi, K. (2007). Report of research collaboration about development of an exercise program for cancer survivors with Dr. Mock at the Johns Hopkins University School of Nursing and visiting at the Johns Hopkins Hospital Bone Marrow Transplant Unit. <i>Bulletin of St. Luke's College of Nursing</i> (33), 116-123.		X
A_613	Tsae-Jyy, W., Belza, B., Elaine Thompson, F., Whitney, J. D., & Bennett, K. (2007). Effects of aquatic exercise on flexibility, strength and aerobic fitness in adults with osteoarthritis of the hip or knee. <i>Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)</i> , 57(2), 141-152. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04102.x		X
A_614	Tse, M. M. Y., Tang, S. K., Wan, V. T. C., & Vong, S. K. S. (2014). The Effectiveness of Physical Exercise Training in Pain, Mobility, and Psychological Well-being of Older Persons Living in Nursing Homes. <i>Pain Management Nursing</i> , 15(4), 778-788. doi:10.1016/j.pmn.2013.08.003		X
A_615	Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S., & Barriga, O. A. (2015). ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DE UN PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE. <i>THERAPEUTIC ADHERENCE IN USERS OF A CARDIOVASCULAR HEALTH PROGRAM IN PRIMARY CARE IN CHILE.</i> , 32(1), 51-57. doi:10.17843/rpmesp.2015.321.1574		X
A_616	Verwey, R., van der Weegen, S., Tange, H., Spreeuwenberg, M., van der Weijden, T., & de Witte, L. (2012). Get moving: the practice nurse is watching you! A case study of the user-centred design process and testing of a web-based coaching system to stimulate the physical activity of chronically ill patients in primary care. <i>Informatics in primary care</i> , 20(4), 289-298.		X
A_617	Webel, A. R., Barkley, J., Longenecker, C. T., Mittelsteadt, A., Gripshover, B., & Salata, R. A. (2015). A Cross-Sectional Description of Age and Gender Differences in Exercise Patterns in Adults Living With HIV. <i>Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care</i> , 26(2). doi:10.1016/j.jana.2014.06.004		X
A_618	Wenger, N. K. (1992). Supervised versus unsupervised exercise training following myocardial infarction and myocardial revascularisation procedures. <i>Annals of the Academy of Medicine, Singapore</i> , 21(1), 141-144.		X
A_619	Wilbur, J., Miller, A. M., Chandler, P., & McDevitt, J. (2003). Determinants of physical activity and adherence to a 24-week home-based walking program in African American and Caucasian women. <i>Research in Nursing &amp; Health</i> , 26(3), 213-224. doi:10.1002/nur.10083		X
A_620	Won, M. H., & Kim, O. (2019). A prediction model for physical activity adherence for secondary prevention among patients with coronary artery disease. <i>Korean Journal of Adult Nursing</i> , 31(1), 78-88. doi:10.7475/kjan.2019.31.1.78		X
A_621	Xiaochen, Z., McClean, D., Morgan, M. A., & Schmitz, K. H. (2017). Exercise Among Women With Ovarian Cancer: A Feasibility and Pre-/Post-Test Exploratory Pilot Study. <i>Oncology nursing forum</i> , 44(3), 366-374. doi:10.1188/17.ONF.366-374		X
A_622	Xie, J. (2019). Application Effect of Otago Exercise Program and Xiao's Double C Nursing in Elderly Patients with Hemiplegia Following Cerebral Infarction. <i>Chinese General Practice</i> , 22(11), 1364-1368. doi:10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.069		X
A_623	Yázigi, F., Espanha, M., Marques, A., Teles, J., & Teixeira, P. (2018). Predictors of walking capacity in obese adults with knee osteoarthritis. <i>Acta Reumatológica Portuguesa</i> , 43(4), 256-263.		X
A_624	Zambrano C, R., Duitama M, J. F., Posada V, J. I., & Flórez A, J. F. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. <i>Perception of adherence to treatment among patients with cardiovascular risk factors.</i> , 30(2), 163-174.		X
A_625	Zarco, P., Florez, M., Almodóvar, R., & Gresser, G. (2016). Opinión de los reumatólogos españoles expertos en espondiloartritis sobre el papel del ejercicio en la espondilitis anquilosante y otras enfermedades reumáticas. <i>Expert opinion of Spanish rheumatologists about the role of physical exercise in ankylosing spondylitis and other rheumatic diseases.</i> , 12(1), 15-21. doi:10.1016/j.reuma.2015.01.001		X

Código	Referência	Exclusão Título	Exclusão Resumo
A_626	Zhang, A. Y., Strauss, G. J., & Siminoff, L. A. (2007). <b>Effects of combined pelvic floor muscle exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy patients.</b> <i>Oncology nursing forum</i> , 34(1), 47-53. doi:10.1188/07.ONF.47-53		X
A_67	Zurera Delgado, I., Caballero Villarraso, M. T., & Ruíz García, M. (2014). <b>Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso.</b> <i>Analysis of the determining factors of therapeutic adherence in hypertensive patients.</i> , 17(4), 251-260. doi:10.4321/s2254-28842014000400003		X
A_76	Baderol Allam, F. N., Ab Hamid, M. R., Buhari, S. S., & Md Noor, H. (2021). <b>Web-Based Dietary and Physical Activity Intervention Programs for Patients With Hypertension: Scoping Review.</b> <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 23(3), e22465. doi:10.2196/22465		X



## Anexo II - Fontes excluídas após a revisão texto integral



Código	Autor	Ano	Título	Critério
A_99	Christman, S. K., Fish, A. F., Frid, D. J., Smith, B. A., & Bryant, C. X.	1998	Stepping as an exercise modality for improving fitness and function. <i>Applied Nursing Research</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_48	Dugdill, L., Graham, R. C., & McNair, F.	2005	Exercise referral: the public health panacea for physical activity promotion? A critical perspective of exercise referral schemes; their development and evaluation. <i>Ergonomics</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_26	Peddle, C. J., Jones, L. W., Eves, N. D., Reiman, T., Sellar, C. M., Winton, T., & Courneya, K. S.	2009	Correlates of adherence to supervised exercise in patients awaiting surgical removal of malignant lung lesions: results of a pilot study. <i>Oncology nursing forum</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_58	Maddison, R., Whittaker, R., Stewart, R., Kerr, A., Jiang, Y., Kira, G., . . . Pfaeffli, L.	2011	HEART: heart exercise and remote technologies: a randomized controlled trial study protocol. <i>BMC cardiovascular disorders</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_69	Kilbride, L., Charlton, J., Aitken, G., Hill, G. W., Davison, R. C. R., & McKnight, J. A.	2011	Managing blood glucose during and after exercise in Type 1 diabetes: reproducibility of glucose response and a trial of a structured algorithm adjusting insulin and carbohydrate intake. <i>Journal of clinical nursing</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_38	Houle, J., Doyon, O., Vadeboncoeur, N., Turbide, G., Diaz, A., & Poirier, P.	2012	Effectiveness of a pedometer-based program using a socio-cognitive intervention on physical activity and quality of life in a setting of cardiac rehabilitation. <i>The Canadian journal of cardiology</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_62	Arredondo-Holguín, E., Ángeles Rodríguez Gázquez, M. d. I., & Higuera Urrego, L. M.	2012	Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. Mejoramiento en los comportamientos de autocuidado después de una intervención educativa de enfermería con paciente	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_80	Loprinzi, P. D., Cardinal, B. J., Winters-Stone, K., Smit, E., & Loprinzi, C. L.	2012	Physical Activity and the Risk of Breast Cancer Recurrence: A Literature Review. <i>Oncology nursing forum</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_97	Achury, B., Achury, S., Rodríguez, C., Judith, S., Padilla, V., Lauro, U., Camargo, B.	2012	Self-Care Agency Capacity in Patients with Diagnostic of High Blood Pressure in a Second Level Institution. <i>Investigacion</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_104	van der Weegen, S., Verwey, R., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., & de Witte, L.	2013	The Development of a Mobile Monitoring and Feedback Tool to Stimulate Physical Activity of People With a Chronic Disease in Primary Care: A User-Centered Design. <i>JMIR mhealth and uhealth</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico

Código	Autor	Ano	Título	Critério
A_40	Naraphong, W.	2013	Effects of a Culturally Sensitive Exercise Program on Fatigue, Sleep, Mood and Symptom Distress among Thai Women with Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Pilot Randomized Controlled Trial.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_32	del Rey-Moya, L. M., Castilla-Álvarez, C., Pichiule-Castañeda, M., Rico-Blázquez, M., Escortell-Mayor, E., & Gómez-Quevedo, R.	2013	Effect of a group intervention in the primary healthcare setting on continuing adherence to physical exercise routines in obese women. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_25	Páez Esteban, A. N., Caballero Díaz, L. P., López Barbosa, N., Oróstegui Arenas, M., Luis Carlos, O. V., & Valencia Angel, L. I.	2014	Construct validity of an instrument to assess patient adherence to antihypertensive treatment. Validez de constructo de un instrumento de enfermería para evaluar adherencia al trat	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_54	Trinh, L., Plotnikoff, R. C., Rhodes, R. E., North, S., & Courneya, K. S.	2014	Feasibility and preliminary efficacy of adding behavioral counseling to supervised physical activity in kidney cancer survivors: a randomized controlled trial. <i>Cancer nursing</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_17	Ramos, J. S., Carvalho Filha, F. S. S., & da Silva, R. N. A.	2015	Avaliação da adesão ao tratamento por idosos cadastrados no programa do hiperdia. Treatment to the accession of assessment for elderly in registered hiperdia program.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_50	Howden, E. J., Coombes, J. S., Strand, H., Douglas, B., Campbell, K. L., & Isbel, N. M.	2015	Exercise Training in CKD: Efficacy, Adherence and Safety	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_90	Bohman, D. M., Mattsson, L., & Borglin, G.	2015	Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. <i>Primary Health Care Research and Development</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_27	Lee, C. E., Von Ah, D., Szuck, B., & Lau, Y. K. J.	2016	Determinants of Physical Activity Maintenance in Breast Cancer Survivors After a Community-Based Intervention. <i>Oncology nursing forum</i>	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_110	Westland, H., Bos-Touwen, I. D., Trappenburg, J. C. A., Schröder, C. D., de Wit, N. J., & Schuurmans, M. J.	2017	Unravelling effectiveness of a nurse-led behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: study protocol for a cluster randomis	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_68	Villaron, C., Marqueste, T., Eisinger, F., Cappiello, M. A., Therme, P., & Cury, F.	2017	Links between personality, time perspective and intention to practice physical activity during cancer treatment: an exploratory study	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_70	O'Brien, T., Hathaway, D., Russell, C. L., & Moore, S. M.	2017	Merging an Activity Tracker with systemchange™ to Improve Physical Activity in Older Kidney Transplant Recipients.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico

Código	Autor	Ano	Título	Critério
			Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association	
A_95	Koutoukidis, D. A., Beeken, R. J., Manchanda, R., Michalopoulou, M., Burnell, M., Knobf, M. T., & Lanceley, A.	2017	Recruitment, adherence, and retention of endometrial cancer survivors in a behavioural lifestyle programme: the Diet and Exercise in Uterine Cancer Survivors DEUS parallel randomised pilot trial.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_85	Simonton, A. J., Young, C. C., & Brown, R. A.	2018	Physical Activity Preferences and Attitudes of Individuals With Substance Use Disorders: A Review of the Literature. Issues in mental health nursing	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_19	Andre, N., Pillaud, M., Davoust, A., & Laurencelle, L.	2018	Barriers Identification as Intervention to Engage Breast Cancer Survivors in Physical Activity. Psychosocial Intervention	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_73	Cristiane Kolchraiber, F., de Souza Rocha, J., Jovê César, D., de Oliveira Monteiro, O., Andrade Frederico, G., & Antar Gamba, M.	2018	Nível de atividade física em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Level of physical activity in people with type-2 diabetes mellitus.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_31	Achury Beltrán, L. F.	2019	Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares. Effects of motivational interviewing on cardiovascular patient adherence.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_35	Thida, T., Yupin, A., & Sunida, P.	2019	Effect of Self-Management Exercise Program on Physical Fitness among People with Prehypertension and Obesity: A Quasi Experiment Study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_21	Chen, H. B., Wang, Y. L., Liu, C. Y., Lu, H., Liu, N., Yu, F., . . . Shang, S. M.	2020	Benefits of a transtheoretical model-based program on exercise adherence in older adults with knee osteoarthritis: A cluster randomized controlled trial.	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_114	Gulick, V., Graves, D., Ames, S., & Krishnamani, P. P.	2021	Effect of a virtual reality-enhanced exercise and education intervention on patient engagement and learning in cardiac rehabilitation: randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 23	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_122	Shao, J. H., Yu, K. H., & Chen, S. H.	2020	Effectiveness of a self-management program for joint protection and physical activity in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 103752. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103752	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico
A_126	Thiamwong, L., Stout, J. R., Sole, M. L., Ng, B. P., Yan, X., & Talbert, S.	2020	Physio-Feedback and Exercise Program (PEER) Improves Balance, Muscle Strength, and Fall Risk in Older Adults	Artigos não centrados na autogestão do regime de exercício físico

Código	Autor	Ano	Título	Critério
A_29	del Socorro Arredondo Holguín, E., de los Ángeles Rodríguez Gázquez, M., & Higuera Urrego, L. M.	2014	Difficulties with Adherence to Non-Pharmacological Treatment of Patients with Heart Failure Detected through Telephone Follow-up. <i>Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo</i>	Centrados em outros domínios do regime terapêutico, sem envolver o regime de exercício
A_71	Hirschey, R., Lipkus, I., Jones, L., Mantyh, C., Sloane, R., & Demark-Wahnefried, W.	2016	Message Framing and Physical Activity Promotion in Colorectal Cancer Survivors. <i>Oncology nursing forum</i>	Centrados em outros domínios do regime terapêutico, sem envolver o regime de exercício
A_63	Silva Teixeira, I. A., Rodrigues Soares, F. H., & Cordeiro De Sousa, M. B.	2020	Investigação sobre o dano muscular e a resposta afetiva associados ao exercício aeróbico em intensidade imposta e autosseleccionada em mulheres obesas. <i>Investigation on muscle damage and affective response associated to aerobic exercisid intensity in obese women</i>	Centrados em outros domínios do regime terapêutico, sem envolver o regime de exercício
A_105	Stanton, R., Reaburn, P., & Happell, B.	2016	The Effect of Acute Exercise on Affect and Arousal in Inpatient Mental Health Consumers. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i>	Centrados em participantes com alterações cognitivas;
A_89	Henry, B. L., & Moore, D. J.	2016	Preliminary Findings Describing Participant Experience With istep an mhealth Intervention to Increase Physical Activity and Improve Neurocognitive Function in People Living With HIV. <i>Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care</i>	Centrados em participantes com alterações cognitivas;
A_92	Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Arvidson, E., Lindwall, M., & Lindegard, A.	2015	Promoting graded exercise as a part of multimodal treatment in patients diagnosed with stress-related exhaustion. <i>Journal of clinical nursing</i>	Centrados em participantes com alterações cognitivas;
A_101	Verwey, R., van der Weegen, S., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., & de Witte, L.	2014	Technology Combined with a Counseling Protocol to Stimulate Physical Activity of Chronically Ill Patients in Primary Care. In K. Saranto	Centrados em participantes que não são adultos ou que não têm condição de saúde cônica
A_78	Westland, H., Sluiter, J., te Dorsthorst, S., Schroder, C. D., Trappenburg, J. C. A., Vervoort, S., & Schuurmans, M. J.	2019	Patients' experiences with a behaviour change intervention to enhance physical activity in primary care: A mixed methods study. <i>Plos One</i>	Centrados em participantes que não são adultos ou que não têm condição de saúde cônica
A_65	Beighton, C., Victor, C., Normansell, R., Cook, D., Kerry, S., Iliffe, S., . . . Harris, T.	2015	It's not just about walking....it's the practice nurse that makes it work: a qualitative exploration of the views of practice nurses delivering complex physical activity interventions in primary care. <i>BMC public he</i>	Centrados em participantes que não são adultos ou que não têm condição de saúde cônica
A_107	Martinez-Rico, S., Lizaur-Utrilla, A., Sebastia-Forcada, E., Vizcaya-Moreno, M. F., & de Juan-Herrero, J.	2018	The Impact of a Phone Assistance Nursing Program on Adherence to Home Exercises and Final Outcomes in Patients Who Underwent Shoulder Instability Surgery: A Randomized Controlled Study. <i>Orthopedic nursin</i>	Centrados em participantes que não são adultos ou que não têm condição de saúde cônica

Código	Autor	Ano	Título	Critério
A_66	Gallardo-Alfaro, L., Bibiloni, M. d. M., Mascaró, C. M., Montemayor, S., Ruiz-Canela, M., Salas-Salvadó, J., . . . Bueno-Cavanillas, A.	2020	Leisure-Time Physical Activity Sedentary Behaviour and Diet Quality are Associated with Metabolic Syndrome Severity: The PREDIMED-Plus Study. <i>Nutrients</i>	Centrados em participantes que não são adultos ou que não têm condição de saúde cônica
A_24	Anells, M., & Koch, T.	2003	Constipation and the preached trio: diet, fluid intake, exercise.	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_72	Bull, S., Eakin, E., Reeves, M., & Kimberly, R.	2006	Multi-level support for physical activity and healthy eating. <i>Journal of advanced nursing</i>	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_16	Moller, T., Lillelund, C., Andersen, C., Ejlersen, B., Norgaard, L., Christensen, K. B., . . . Adamsen, L.	2013	At cancer diagnosis: a 'window of opportunity' for behavioural change towards physical activity. A randomised feasibility study in patients with colon and breast cancer. <i>BMJ open</i>	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_23	Olivella Fernández, M. C., Bastidas Sánchez, C. V., & Bonilla Ibáñez, C. P.	2016	Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué Colombia	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_86	Riera-Sampol, A., Tauler, P., Bennasar-Veny, M., Leiva, A., Artigues-Vives, G., De Pedro-Gómez, J., . . . Aguilo, A.	2017	Physical activity prescription by primary care nurses using health assets: Study design of a randomized controlled trial in patients with cardiovascular risk factors. <i>Journal of Advanced Nursi</i>	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_93	Hirschey, R., Kimmick, G., Hockenberry, M., Shaw, R., Pan, W., & Lipkus, I.	2018	Protocol for Moving On: a randomized controlled trial to increase outcome expectations and exercise among breast cancer survivors. <i>Nursing Open</i>	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_43	Kim, K., Ramesh, D., Perry, M., Bernier, K. M., Young, E. E., Walsh, S., & Starkweather, A.	2020	Effects of Physical Activity on Neurophysiological and Gene Expression Profiles in Chronic Back Pain: Study Protocol. <i>Nursing research</i>	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_124	Singh, B., Hayes, S. C., Spence, R. R., Steele, M. L., Millet, G. Y., & Gergele, L.	2020	Exercise and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of exercise safety, feasibility and effectiveness. <i>The international journal of behavioral nutrition and physical activity</i> , 17	Centrados na autogestão do regime de exercício físico, sem correspondência ou descrição dos dados, diagnósticos ou intervenções dos enfermeiros
A_81	Powell, R. O., Siminerio, L., Kriska, A., Rickman, A., & Jakicic, J. M.	2016	Physical Activity Counseling by Diabetes Educators Delivering Diabetes Self-management Education and Support. <i>Diabetes Educator</i>	Centrados noutros profissionais e/ou nos serviços de saúde

Código	Autor	Ano	Título	Critério
A_91	Verwey, R., van der Weegen, S., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., & de Witte, L.	2016	Process evaluation of physical activity counselling with and without the use of mobile technology: A mixed methods study. International journal of nursing studies	Centrados noutros profissionais e/ou nos serviços de saúde
A_75	Westland, H., Koop, Y., Schroder, C. D., Schuurmans, M. J., Slabbers, P., Trappenburg, J. C. A., & Vervoort, S.	2018	Nurses' perceptions towards the delivery and feasibility of a behaviour change intervention to enhance physical activity in patients at risk for cardiovascular disease in primary care: a qualitativ	Centrados noutros profissionais e/ou nos serviços de saúde
A_49	Abaraogu, U. O., Abaraogu, O. D., Dall, P. M., Tew, G., Stuart, W., Brittenden, J., & Seenan, C. A.	2020	Exercise therapy in routine management of peripheral arterial disease and intermittent claudication: a scoping review. Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease	Centrados noutros profissionais e/ou nos serviços de saúde
A_127	Trojanowski, S., Vos, C. M., Smith, L. M., Sahli, M. W., Yorke, A., & Turkelson, C.	2022	An interprofessional community-based program for diabetes education and exercise self-management. Journal of Interprofessional Education and Practice, 27. Doi:10.1016/j.xjep.2022.100508	Centrados noutros profissionais e/ou nos serviços de saúde
A_57	Ortega Oviedo, S. I., & Vargas Rosero, E.	2014	Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Degree of adherence to treatments in people with cardiovascular risk.	Profissionais de saúde que não enfermeiros
A_33	Ji, L., Bai, J. J., Sun, J., Ming, Y., & Chen, L. R.	2015	Effect of combining music media therapy with lower extremity exercise on elderly patients with diabetes mellitus. International Journal of Nursing Sciences	Profissionais de saúde que não enfermeiros
A_9	Nava-Bringas, T. I., Roeniger-Desatnik, A., Arellano-Hernández, A., & Cruz-Medina, E.	2016	Adherencia al programa de ejercicios de estabilización lumbar en pacientes con dolor crónico de espalda baja. Adherence to a stability exercise program in patients with chronic low back pain.	Profissionais de saúde que não enfermeiros
A_96	Adamsen, L., Andersen, C., Lillelund, C., Bloomquist, K., & Moller, T.	2017	Rethinking exercise identity: a qualitative study of physically inactive cancer patients' transforming process while undergoing chemotherapy. BMJ open	Profissionais de saúde que não enfermeiros
A_15	Gillani, A. H., Ahmed, A. B., Bashir, S., Ibrahim, M. I. M., & Yu, F.	2018	Associated Factors with Diet and Exercise Compliance and Smoking Habits in Diabetic Patients of Punjab Pakistan	Profissionais de saúde que não enfermeiros
A_51	Quiroz-Mora, C. A., Serrato-Ramírez, D. M., & Bergonzoli-Peláez, G.	2018	Factores asociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Factors associated with adherence to physical activity in patients with chronic non-communicable diseases.	Profissionais de saúde que não enfermeiros

Código	Autor	Ano	Título	Critério
A_116	Jones, L. M., Reinhoudt, L. L., Hilverda, F., Rutjes, C., & Hayes, S. C.	2020	Using the Integrative Model of Behavioral Prediction to Understand Female Breast Cancer Survivors' Barriers and Facilitators for Adherence to a Community-Based Group-Exercise Program. <i>Seminars in Oncology Nursing</i> , 36	Profissionais de saúde que não enfermeiros
A_121	Perez-Dominguez, B., & Casana-Granell, J.	2021	Levels of adherence of dialysis patients to an exercise program run by nursing. <i>Revista de nefrologia, diálisis y trasplante</i> , 41	Profissionais de saúde que não enfermeiros



## Anexo III - Caracterização dos estudos incluídos no corpus de análise



Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
A_1	Boas, L., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. D., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E.	2011	ADHERENCE TO DIET AND EXERCISE AMONG PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS	Brasil	Unidade de saúde	Avaliar a adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes	162	Pessoas com Diabetes	
A_10	Alayón, A. N., & Mosquera-Vásquez, M.	2008	Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias Colombia	Colômbia	Unidade de saúde	Avaliar a adesão ao regime terapeutico de pessoas com diabetes	131	Pessoas com Diabetes	
A_100	Bastiaens, H., Sunaert, P., Wens, J., Sabbe, B., Jenkins, L., Nobels, F., . . . Van Royen, P.	2009	Supporting diabetes self-management in primary care: pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise	Bélgica	Unidade de saúde	To develop and implement a group self-management education programme for people with type 2 diabetes at the community level in primary care.	44	Pessoas com Diabetes	
A_102	Rodrigues, R. C. M., Joao, T. M. S., Gallani, M., Cornelio, M. E., & Alexandre, N. M. C.	2013	The "Moving Heart Program": an intervention to improve physical activity among patients with coronary heart disease.	Brasil	Unidade de saúde	Analisar os resultados de um intervenção que promove a autogestão do regime de exercício em pessoas com doença coronária	136	Pessoas com doença cardíaca	Coronária
A_103	Donesky, D., Nguyen, H. Q., Paul, S. M., & Carrieri-Kohlman, V.	2014	The affective dimension of dyspnea improves in a dyspnea self-management program with exercise training.	EUA	Unidade de saúde	Avaliar os resultados de três versões de um programa de autogestão de dispneia	115	Pessoas com DPOC	
A_106	Tao, X., Chow, S. K. Y., & Wong, F. K.	2017	The effects of a nurse-supervised home exercise programme on improving patients' perceptions of the benefits and barriers to exercise: A randomised controlled trial	China	Domicílio	To explore the effects of a home exercise programme on patients' perceptions of the barriers and benefits to exercise and adherence to the programme	113	Pessoas com doença renal	Programa regular de hemodialise
A_108	Heinen, M., Borm, G., van der Vleuten, C., Evers, A., Oostendorp, R., & van Achterberg, T.	2012	The Lively Legs self-management programme increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: Results from a randomized controlled trial	Holanda	Misto	Investigating the effectiveness of the Lively Legs program for promoting adherence with ambulant compression therapy and physical exercise as well as effects on leg ulcer recurrence.	184	Pessoas com úlcera de perna	
A_109	Lan, M. L., Zhang, L. J., Zhang, Y. N., & Yan, J.	2019	The relationship among illness perception coping and functional exercise adherence in Chinese breast cancer survivors.	China	Não Aplicável	To explore functional exercise adherence, coping styles and illness perception and to examine the relationships between functional exercise adherence and coping styles with illness perception among Chinese breast cancer survivors	124	Pessoas com doença oncológica	Mama

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
A_11	Martin Alfonso, L., Bayarre Vea, H., Corugedo Rodríguez, M. d. C., Vento Iznaga, F., La Rosa Matos, Y., & Orbay Araña, M. d. l. C.	2015	Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Adherence to treatment observed in hypertensive patients from health areas of thr	Cuba	Não Aplicável	to evaluate the levels of adherence to treatment of hypertensive individuals from primary health care areas and to describe the behaviors of its components in these areas.	Não descrito	Pessoas com doença cardiovascular	Hipertensão Arterial
A_111	Moore, S. M., & Charvat, J. M.	2002	Using the CHANGE intervention to enhance long-term exercise	EUA	Unidade de saúde	Avaliar a continuidade do regime de exercício após um programa de reabilitação cardíaca	16	Pessoas com doença cardíaca	
A_12	Velandia-Arias, A., & Rivera-Álvarez, L. N.	2009	Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Self-care agency and adherence to treatment in people having cardiovascular risk factors.	Colômbia	Unidade de saúde	Se determino la relación existente entre la Agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular del programa de crónicos del hospital Tunjuelito.	201	Pessoas com doença cardiovascular	
A_13	Nordgren, L., & Soderlund, A.	2020	An evidence-based structured one-year programme to sustain physical activity in patients with heart failure in primary care: A non-randomized longitudinal feasibility study.	Suécia	Unidade de saúde	The primary objective of this non-randomized feasibility study was to test a 1-year model programme for sustaining/increasing patients' motivation to perform daily physical activity.	7	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_14	Du, H. Y., Newton, P. J., Zecchin, R., Denniss, R., Salamonson, Y., Everett, B., . . . Davidson, P. M.	2011	An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial.	Austrália	Domicílio	The aim of the Home-Heart-Walk program is to promote adherence to physical activity recommendations and improving self-management in people with CHF.	166	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_18	Kanavaki, A. M., Rushton, A., Efstathiou, N., Alrushud, A., Klocke, R., Abhishek, A., & Duda, J. L.	2017	Barriers and facilitators of physical activity in knee and hip osteoarthritis: a systematic review of qualitative evidence	Canada	Não Aplicável	The primary aim of this study is to conduct a systematic review of the existing qualitative evidence on barriers and facilitators of Physical activity for patients with hip or knee osteoarthritis. Secondary objective is to explore differences in barriers and facilitators between (1) lifestyle Physical activity and exercise and (2) Physical activity uptake and maintenance.	Não aplicável	Pessoas com osteoartrite	Anca e Joelho
A_2	Wang, H. L., McMillan, S. C., Vijayakumar, N.,	2019	A Behavioral Physical Activity Intervention to Manage Moderate and Severe Fatigue among Head	EUA	Domicílio	A home-based personalized behavioral physical activity intervention with fitness graded motion exergames (PAfitME) was evaluated for its	15	Pessoas com doença oncológica	Cabeça e pescoço

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
	McDonald, S., Huang, L. T., Gwede, C., . . . Visovsky, C.		and Neck Cancer Patients-Pre- efficacy Study in the National Institutes of Health ORBIT Model. Cancer nursing			intervention components, intervention delivery mode, and intervention contact time/duration with initial assessment of the feasibility, acceptability, safety, and outcomes			
A_20	Maxwell-Smith, C., Zeps, N., Hagger, M. S., Platell, C., & Hardcastle, S. J.	2017	Barriers to physical activity participation in colorectal cancer survivors at high risk of cardiovascular disease	Austrália	Não Aplicável	The aim of the present study was to explore Colorectal cancer survivors' experiences and barriers towards physical activity among those with comorbidities, as a precursor to developing effective patient-centered interventions.	24	Pessoas com doença oncológica	Colorretal
A_22	Kerr, A., Cummings, J., Barber, M., McKeown, M., Rowe, P., Mead, G., . . . Grealy, M.	2019	Community cycling exercise for stroke survivors is feasible and acceptable. Topics in Stroke Rehabilitation	Irlanda	Unidade de saúde	This study aimed to evaluate the acceptability and feasibility of an indoor cycling program delivered through existing local government services.	15	Pessoas após acidente vascular cerebral	
A_28	Helmink, J. H. M., Meis, J. J. M., de Weerdt, I., Visser, F. N., de Vries, N. K., & Kremers, S. P. J.	2010	Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme	Holanda	Unidade de saúde	Descrição de um intervenção de promoção da autogestão do regime de exercício	Não aplicável	Pessoas com Diabetes	
A_3	Hoffman, A. J., & Brintnall, R. A.	2017	A Home-based Exercise Intervention for Non-Small Cell Lung Cancer Patients Post-Thoracotomy	EUA	Domicílio	There are no evidenced-based rehabilitative guidelines for postsurgical non-small cell lung cancer (NSCLC) patients. This qualitative study provides evidence on the acceptability of an effective postsurgical exercise intervention targeting the self-management of cancer-related fatigue to fill this gap	Não aplicável	Pessoas com doença oncológica	Pulmão
A_30	Sanz-Banos, Y., Pastor-Mira, M. A., Lledo, A., Lopez-Roig, S., Penacoba, C., & Sanchez-Meca, J.	2018	Do women with fibromyalgia adhere to walking for exercise programs to improve their health? Systematic review and meta-analysis	Espanha	Não Aplicável	To examine adherence to interventions that include walking for fibromyalgia and to explore its moderators among the characteristics of patients, of the walking prescription and of the interventions.	Não aplicável	Pessoas com fibromialgia	
A_34	Ma, R. C., Yin, Y. Y., Liu, X., Wang, Y. Q., & Xie, J.	2020	Effect of exercise interventions on quality of life in patients with lung cancer: A systematic review of randomized controlled trials	China	Não Aplicável	The focus of this article was to conduct a comprehensive evaluation of existing randomized controlled trials (RCTs) and investigate the effect of an exercise intervention on QOL outcomes in patients with lung cancer	Não aplicável	Pessoas com doença oncológica	Pulmão
A_36	Saldaña, D. A., Aponte, L. F., Rodríguez, J. G., & Buitrago, N. R.	2018	Effect of telephone monitoring on adherence to treatment in patients with heart failure. Efecto del seguimiento telefónico	Colômbia	Unidade de saúde	This work sought to determine the effect of telephone monitoring on levels of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment	61	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
			en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca.			in patients attending a heart failure program in a tier IV health care institution.			
A_37	Unda Villafuerte, F., Llobera Cànaves, J., Lorente Montalvo, P., Moreno Sancho, M. L., Oliver Oliver, B., Bassante Flores, P., . . . Rigo Carratalà, F.	2020	Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloricsical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs:	Espanha	Unidade de saúde	The aim of this trial is to analyze the effectiveness of a comprehensive intervention, consisting of self-management and self-monitoring of hypertension, lifestyle modifications, and optimization of pharmacotherapy, on the control of BP in patients receiving 2 or more antihypertensive drugs	424	Pessoas com doença cardiovascular	Hipertensão Arterial
A_39	Zhu, L. X., Ho, S. C., & Wong, T. K.	2013	Effectiveness of health education programs on exercise behavior among patients with heart disease: A systematic review and meta-analysis	China	Não Aplicável	The aim of this study was to examine the effectiveness of health education programs on exercise behavior among heart disease patients.	Não aplicável	Pessoas com doença cardíaca	
A_4	Verwey, R., van der Weegen, S., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., & de Witte, L.	2014	A monitoring and feedback tool embedded in a counselling protocol to increase physical activity of patients with COPD or type 2 diabetes in primary care: study protocol of a three-arm cluster randomised controll	Holanda	Unidade de saúde	The objective of this randomised controlled trial is to evaluate the longitudinal effects of the It's LiFe! tool embedded in a Self-management Support Program (SSP) on 40-70 years old patients with COPD and DM2 in primary care.	24	Pessoas com DPOC e Diabetes	
A_41	Duncan, K., & Pozehl, B.	2003	Effects of an exercise adherence intervention on outcomes in patients with heart failure. Rehabilitation nursing	EUA	Misto	The purpose of this study was to determine how an exercise adherence intervention affects the physiological, fioictional, and quality of life outconies of patients with heart failure	16	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_42	Tsae-Jyy, W., Belza, B., Elaine Thompson, F., Whitney, J. D., & Bennett, K.	2007	Effects of aquatic exercise on flexibility, strength and aerobic fitness in adults with osteoarthritis of the hip or knee	EUA	Unidade de saúde	This paper reports a study of the effects of aquatic exercise on physical fitness (flexibility, strength and aerobic fitness), self-reported physical functioning and pain in adults with osteoarthritis of the hip or knee.	38	Pessoas com osteoartrite	Anca e Joelho
A_44	Liu, L. M.	2018	EFFECTS OF TRANSITIONAL CARE ON FUNCTIONAL EXERCISE: COMPLIANCE AND HEALTH STATUS OF STROKE PATIENTS.	China	Unidade de saúde	To examine the effectiveness of a nurse-led transitional care model on the functional exercise compliance and health status of Chinese stroke patients	40	Pessoas após acidente vascular cerebral	
A_45	McElrath, M., Myers, J., Chan, K., & Fonda, H.	2017	Exercise adherence in the elderly: Experience with abdominal aortic aneurysm simple treatment and prevention	EUA	Domicílio	This report details our experiences with patient adherence delivering a home-based exercise intervention lasting between 1 and 3 years.	137	Pessoas com aneurisma da aorta abdominal	

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
A_46	Lambrinou, E., Jaarsma, T., Piotrowicz, E., Seferovic, P. M., Piepoli, M. F., & Train, H. F. A. C. E. P.	2014	Exercise in heart failure patients: Why and how should nurses care.	Chipre	Não Aplicável	Não descrito.		Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_47	Advika, T. S., Idiculla, J., & Kumari, S. J.	2017	Exercise in patients with Type 2 diabetes: Facilitators and barriers - A qualitative study	India	Não Aplicável	The objective of this study is to describe the factors which (1) Facilitated and (2) hindered the practice of regular exercise in patients with Type 2 diabetes.	13	Pessoas com Diabetes	
A_5	Morielli, A. R., Usmani, N., Boulé, N. G., Tankel, K., Severin, D., Nijjar, T., . . . Courneya, K. S.	2016	A Phase I Study Examining the Feasibility and Safety of an Aerobic Exercise Intervention in Patients With Rectal Cancer During and After Neoadjuvant Chemoradiotherapy	Canada	Unidade de saúde	To assess the feasibility and safety of an aerobic exercise intervention in patients with rectal cancer during and after neoadjuvant chemoradiotherapy	18	Pessoas com doença oncológica	Colorretal
A_52	Husebo, A. M. L., Karlsen, B., Allan, H., Soreide, J. A., & Bru, E.	2015	Factors perceived to influence exercise adherence in women with breast cancer participating in an exercise programme during adjuvant chemotherapy: a focus group study	Noruega	Não Aplicável	To explore factors influencing exercise adherence among women with breast cancer while following an exercise program.	27	Pessoas com doença oncológica	Mama
A_53	Allen, N. A., Jacelon, C. S., & Chipkin, S. R.	2009	Feasibility and acceptability of continuous glucose monitoring and accelerometer technology in exercising individuals with type 2 diabetes	EUA	Misto	The aim of this study was to develop role model data for an intervention to motivate non-exercising individuals with type 2 diabetes mellitus to engage in regular physical activity.	9	Pessoas com Diabetes	
A_55	Huh, U., Tak, Y. J., Song, S., Chung, S. W., Sung, S. M., Lee, C. W., . . . Ahn, H. Y.	2019	Feedback on Physical Activity Through a Wearable Device Connected to a Mobile Phone App in Patients With Metabolic Syndrome: Pilot Study	Coreia do Sul	Domicílio	This study aimed to examine the objective effects of the use of these devices on metabolic syndrome resolution	53	Pessoas com síndrome metabólico	
A_56	Kelechi, T. J., Madisetti, M., Prentice, M., & Mueller, M.	2020	FOOTFIT Physical Activity mHealth Intervention for Minimally Ambulatory Individuals with Venous Leg Ulcers: A Randomized Controlled Trial	EUA	Unidade de saúde	The purpose of this study was to investigate the use of an mHealth application (app), self-management physical activity intervention FOOTFIT with an added patient-provider connectivity feature (FOOTFIT + ), that was designed to strengthen the lower extremities of minimally ambulatory individuals with venous leg ulcers (VLUs).	24	Pessoas com úlceras de perna	
A_59	Xueyu, L., Shunlin, X., Lijuan, Z.,	2015	Home-Based Exercise in Older Adults Recently Discharged From	China	Domicílio	The aim of this study was to test the effects of a low-intensity, home-based exercise protocol led by an advanced practice nurse on health-related	77	Pessoas com doença cardiovascular	

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
	Rongbin, L., & Jianrong, W.		the Hospital for Cardiovascular Disease in China			quality of life (HRQOL), physical fitness, and left ventricular ejection fraction (LVEF) in older adults after hospital discharge with a cardiovascular disease diagnosis			
A_6	Kontos, P., Alibhai, S. M. H., Miller, K. L., Brooks, D., Colobong, R., Parsons, T., . . . Naglie, G.	2017	A prospective 2-site parallel intervention trial of a research-based film to increase exercise amongst older hemodialysis patients	Canada	Unidade de saúde	The objective of this clinical trial is to determine whether and in what ways Fit for Dialysis improves outcomes and influences knowledge/attitudes regarding the importance of exercise for wellness in the context of end-stage renal disease	60	Pessoas com doença renal	
A_60	Jolly, K., Taylor, R. S., Lip, G. Y. H., Greenfield, S. M., Davies, M. K., Davis, R. C., . . . Stevens, A. J.	2007	Home-based exercise rehabilitation in addition to specialist heart failure nurse care: design rationale and recruitment to the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with coCHF: a randomised controlled trial	Reino Unido	Domicílio	This paper describes the design, rationale and recruitment for a randomised controlled trial that will explore the effectiveness and uptake of a predominantly home-based exercise rehabilitation programme, as well as its cost-effectiveness and patient acceptability.	169	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_61	Carrieri-Kohlman, V., Nguyen, H. Q., Donesky-Cuenco, D., Demir-Deviren, S., Neuhaus, J., & Stulberg, M. S.	2005	Impact of brief or extended exercise training on the benefit of a dyspnea self-management program in COPD	EUA	Misto	To evaluate the differences in the long-term outcomes of dyspnea, exercise performance, health-related quality of life, and health resource utilization following a dyspnea self-management program with 3 different “doses” of supervised exercise	103	Pessoas com DPOC	
A_64	van der Weegen, S., Verwey, R., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., & de Witte, L.	2015	It's LiFe! Mobile and Web-Based Monitoring and Feedback Tool Embedded in Primary Care Increases Physical Activity: A Cluster Randomized Controlled Trial.	Holanda	Unidade de saúde	Our aim was to evaluate whether the Self-Management Support Program combined with the use of the monitoring and feedback tool leads to more physical activity compared to usual care and to evaluate the additional effect of using this tool on top of the Self-Management Support Program	24	Pessoas com DPOC e Diabetes	
A_7	Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P.	2019	A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer cardiovascular disease and diabetes	EUA	Não Aplicável	The purpose of this review is to investigate and provide a quantitative summary of adherence rates to the aerobic physical activity guidelines among people with chronic conditions, as physical activity is an effective form of treatment and prevention of chronic disease.	Não aplicável	Pessoas com diabetes, doença oncológica e doença cardiovascular	
A_74	Tompkins, T. H., Belza, B., & Brown, M.	2009	Nurse practitioner practice patterns for exercise counseling	EUA	Não Aplicável	To describe nurse practitioner (NP) practice patterns for exercise	Não aplicável		

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
A_77	Chen, S.-Y., & Tzeng, Y.-L.	2009	Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence. The journal of nursing research : JNR	Taiwan	Domicílio	This study developed and tested the accuracy of a model designed to predict adherence to a pelvic floor muscle exercise regimen by Taiwanese women with urinary incontinence	106	Pessoas com incontinência urinária	
A_79	Michael, K. M., Shaughnessy, M., & Resnick, B.	2012	People reducing risk and improving strength through exercise, diet, and drug adherence	EUA	Misto	The purpose was to increase lifestyle physical activity and promote selfmanagement of cardiovascular disease risk factors in a sample of at-risk older adults and to sustain a PA program within low-income housing	Não descrito	Pessoas com doença cardiovascular	
A_8	Boim, C., Khoury, M., & Storni, M.	2020	Adherence to a home-based pulmonary rehabilitation program.	Argentina	Unidade de saúde	A retrospective study was conducted to describe the adherence to the home-based program by patients with chronic pulmonary disease, and explore adherence-related factors	96	Pessoas com DPOC	
A_82	Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M., & Carmichael, A. R.	2018	Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. The Cochrane database of systematic reviews	Reino Unido	Não Aplicável	To assess effects of physical activity interventions after adjuvant therapy for women with breast cancer	5761	Pessoas com doença oncológica	Mama
A_83	Davila, N.	2010	Physical activity in Puerto Rican adults with type 2 diabetes mellitus.	EUA	Não Aplicável	The purpose of this descriptive-correlational study was to explore physical activity selfefficacy beliefs and outcome expectancies (perceived physical activity benefits and barriers) as possible factors that affect physical activity level in Puerto Rican adults diagnosed with type 2 DM	110	Pessoas com Diabetes	
A_84	Swenson, K. K., Nissen, M. J., & Henly, S. J.	2010	Physical activity in women receiving chemotherapy for breast cancer: adherence to a walking intervention	EUA	Domicílio	To describe and predict adherence to a physical activity protocol for patients with breast cancer receiving chemotherapy	36	Pessoas com doença oncológica	Mama
A_87	Lee, H., Boo, S., Yu, J., Suh, S. R., Chun, K. J., & Kim, J. H.	2017	Physical Functioning, Physical Activity, Exercise Self-Efficacy and Quality of Life Among Individuals With Chronic Heart Failure in Korea: A Cross-Sectional Descriptive Study.	Coreia do Sul	Não Aplicável	This study was conducted to examine the impact of physical functioning, physical activity, and exercise self-efficacy on quality of life among individuals with chronic heart failure	116	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_88	Husebo, A. M. L., Dyrstad, S. M., Soreide, J. A., & Bru, E.	2013	Predicting exercise adherence in cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis of motivational and behavioural factors	Noruega	Não Aplicável	To examine research findings regarding predictors of adherence to exercise programmes in cancer populations	Não aplicável	Pessoas com doença oncológica	
A_94	Duncan, K., Pozehl, B., Hertzog, M., & Norman, J. F.	2014	Psychological responses and adherence to exercise in heart failure	EUA	Misto	The purpose of this study was to describe psychological effects and exercise adherence during a multicomponent exercise training intervention	42	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
A_98	Du, H. Y., Everett, B., Newton, P. J., Salamonson, Y., & Davidson, P. M.	2012	Self-efficacy: a useful construct to promote physical activity in people with stable chronic heart failure	Austrália	Não Aplicável	To explore the conceptual underpinnings of self-efficacy to address the barriers to participating in physical activity and propose a model of intervention.	Não aplicável	Pessoas com doença cardíaca	Insuficiência cardíaca
A_112	Al-Dalaen, B. D., & Al-Wahsh, Z. H.	2022	Physical Activity Correlates among Jordanian Diabetes Patients	Jordânia	Não Aplicável	The objectives of the present research project are to identify Physical Activity levels among Jordanian patients with diabetes, explore the associations between Physical Activity and the socio-demographic characteristics of the participants, and recognize its predictors.	400	Pessoas com Diabetes	
A_113	Baderol Allam, F. N., Ab Hamid, M. R., Buhari, S. S., & Md Noor, H.	2021	Web-Based Dietary and Physical Activity Intervention Programs for Patients With Hypertension: Scoping Review.	Malásia	Não Aplicável	In this study, the researchers conducted a scoping literature review of the web-based dietary changes and physical activity-related intervention programs designed for the patients with hypertension and identified the methodologies, effectiveness, protocols, and theories, which could affect and improve existing clinical activities.	Não aplicável	Pessoas com doença cardiovascular	Hipertensão Arterial
A_115	Hashem, F., Stephensen, D., Bates, A., Pellatt-Higgins, T., Hobbs, R. P., Hopkins, M., . . . Ali, H.	2020	Acceptability and Feasibility of an Isometric Resistance Exercise Program for Abdominal Cancer Surgery: An Embedded Qualitative Study.	Reino Unido	Misto	The aims of the qualitative study were to qualitatively evaluate the acceptability and feasibility of an isometric resistance exercise program, and explore the suitability of assessments for physical function by drawing from the experiences of abdominal cancer surgery patients involved in the EPOP study.	15	Pessoas com doença oncológica	
A_117	Martín-Payo, R., Papín-Cano, C., Fernández-Raigada, R. I., Santos-Granda, M. I., Cuesta, M., & González-Méndez, X.	2021	Motiva.DM2 project. A pilot behavioral intervention on diet and exercise for individuals with type 2 diabetes mellitus.	Espanha	Misto	The purpose of this study was to assess the efficacy of an educational intervention based on the Behavior Change Wheel (BCW) framework for individuals with type 2 diabetes mellitus (DM2) on dietary and exercise behavior in a Spanish region	111	Pessoas com Diabetes	
A_118	Mikkelsen, M. K., Lund, C. M., Vinther, A., Tolver, A., Johansen, J. S., Chen, I., . . . Jarden, M.	2022	Effects of a 12-Week Multimodal Exercise Intervention Among Older Patients with Advanced Cancer: Results from a Randomized Controlled Trial	Dinamarca	Misto	The study aim was to investigate the feasibility and effect of a multimodal exercise intervention in older patients with advanced cancer (stages III/IV)	84	Pessoas com doença oncológica	
A_119	Morden, A., Ong, B. N., Jinks, C., Healey, E., Finney, A., & Dziedzic, K. S.	2022	Resistance or appropriation?: Uptake of exercise after a nurse-led intervention to promote self-management for osteoarthritis.	Reino Unido	Não Aplicável	O objetivo foi descrever as preceções dos enfermeiros após aplicação de intervenção baseada na autogestão do regime de exercício	Não aplicável	Pessoas com osteoartrite	

Codigo	Autor	Ano	Titulo	Pais	Contexto	Objetivo	Amostra	Condição	Especificidade
A_120	Okechukwu, C. E.	2021	Do oncology nurses have sufficient knowledge of exercise oncology? A mini narrative review	Itália	Não Aplicável	Through this mini review, we aimed to describe the level of expertise of nurses in the field of exercise oncology and identify appropriate solutions to improve this knowledge	Não aplicável	Pessoas com doença oncológica	
A_123	Siercke, M., Berg, S. K., & Missel, M.	2021	Spurred by pedometers, unity and fun exercise: A qualitative study of participation in rehabilitation for patients with intermittent claudication (The CIPIC Rehab study)	Dinamarca	Não Aplicável	To explore how patients with intermittent claudication experiences participating in a community-based cardiovascular rehabilitation program and the various components of the rehabilitation program	10	Pessoas com doença cardíaca	
A_125	Singh, B., Spence, R., Steele, M. L., Hayes, S., & Toohey, K.	2020	Exercise for Individuals With Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Adverse Events, Feasibility, and Effectiveness	França	Não Aplicável	The purpose of this systematic review and meta-analysis was to evaluate the safety (adverse events), feasibility (recruitment, retention, and adherence) and effectiveness of exercise among individuals with lung cancer.	2109	Pessoas com doença oncológica	
A_128	Zhou, C., & Mao, W.	2020	Nursing intervention on exercise therapy for patients with type 2 diabetes mellitus complicated with peripheral vascular disease	Coreia do sul	Domicílio	The purpose of this paper is to analyze the effects of exercise therapy on patients with type 2 diabetes mellitus complicated with peripheral vascular disease by comparing the changes of type 2 diabetes patients after different nursing interventions with exercise therapy, and to understand the occurrence and development of diabetes and different exercise therapy for diabetes	100	Pessoas com Diabetes	

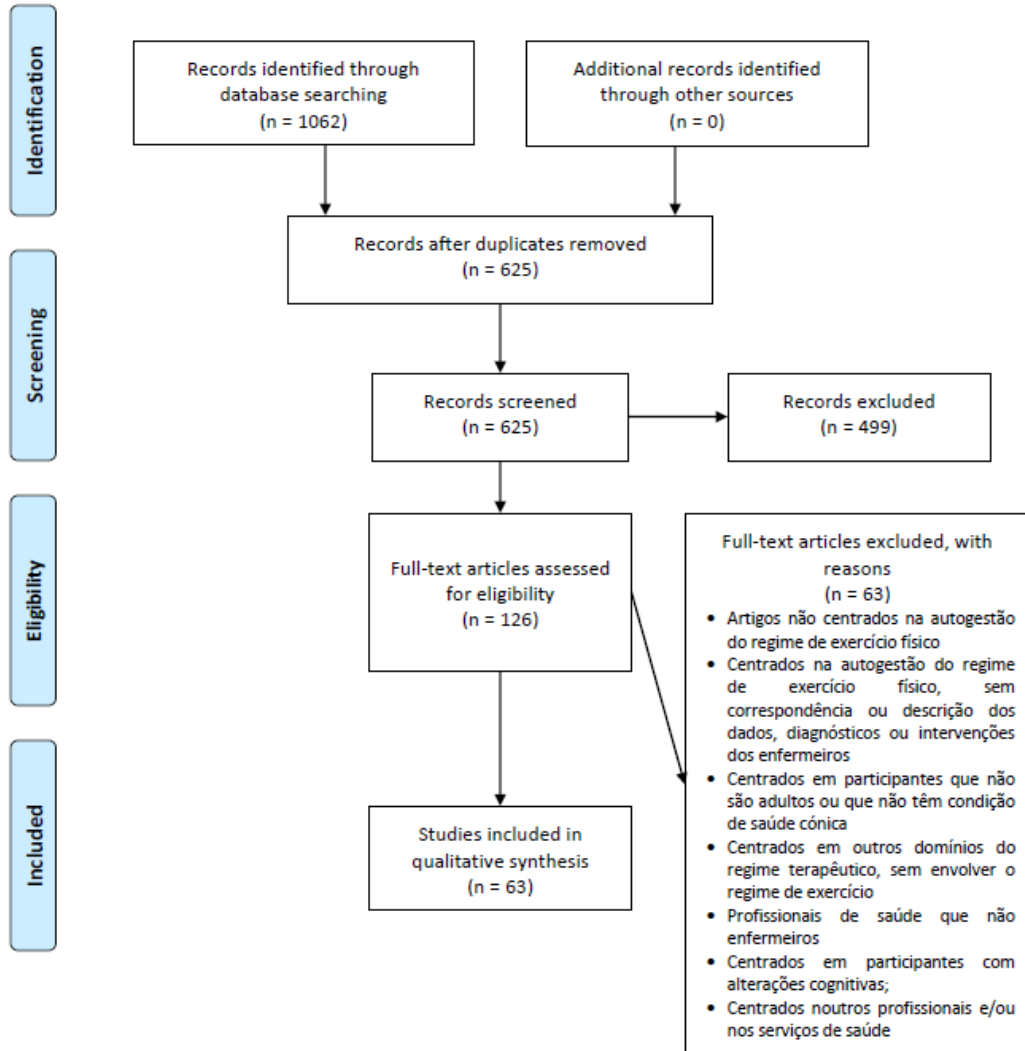


## Anexo IV - Fluxograma PRISMA \_ ScR





## PRISMA 2009 Flow Diagram



From:

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).



## Anexo V - Tabelas de extração da informação



**Tabela de extração: Dados**

Código	Unidade de Registo	Categoria	Subcategoria	Descrição

**Tabela de extração: Diagnósticos**

Código	Unidade de Registo	Foco	Juízo	Descrição

**Tabela de extração: Intervenções**

Código	Unidade de Registo	Categoria	Subcategoria	Descrição



## Anexo VI - Unidades de registro por categoria - “datos”



Dados de Enfermagem	
Ambientais	
A_13	There can also be external obstacles, such as the absence of poor weather conditions.
A_106	The most frequently endorsed barriers to engaging in home exercise were bad weather
A_18	Physical environment ...as cold weather
A_20	Other influential barriers are beliefs about social and environmental factors such as bad weather
A_79	barriers to PA include weather
Atitude	
A_2	[A adesão ao exercício é diretamente proporcional à] engage in physical activity [A adesão ao exercício é diretamente proporcional à] engage in physical activity”
A_13	A central element that can contribute to successful rehabilitation is a person's belief in his or her ability to succeed, that is the person's self-efficacy beliefs I can motivate myself to start being physically active There can also be external obstacles, such as the absence of no interest or engagement from partners or friends
A_111	Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Cognitive variables, particularly health beliefs Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Cognitive variables, particularly health beliefs and self-efficacy,
A_28	embarrassment about physical appearance
A_59	Factors associated with low exercise participation rates include negative attitudes to exercise
A_52	Expectations on mastery and goal achievement factors perceived to influence women with breast cancer's adherence to exercise during chemotherapy: (5) positive beliefs about efficacy and outcomes motivate exercise. My own effort for getting better
A_119	Other participants felt that they would feel awkward due to their weight and not meeting a 'fit and healthy' body image they associated with gyms:
Autoeficacia para o exercício	
A_2	to enhance task selfefficacy
A_3	McAuley and colleagues also found that self-efficacy and perceived success are important factors in building personal intrinsic interest to motivate to exercise selfefficacy theory to create intrinsic demand for the intervention;
A_5	Overwhelm
A_13	(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can accomplish my physical activity and exercise goals that I set. (self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can be physically active or exercise even if I had no access to a gym, exercise, training or rehabilitation facility

(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can be physically active or exercise when I am feeling depressed.
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can find means and ways to be physically active and exercise.
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can motivate myself to start being physically active or exercising again after I've stopped for a while
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can be physically active or exercise even without the support of my family or friends.
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) when I am confronted with a barrier to physical activity or exercise I can find several solutions to overcome this barrier.
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can be physically active or exercise even when I am tired.
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can be physically active or exercise without the support of a therapist or trainer.
(self-efficacy in physical activity (Exercise Self-Efficacy Scale; 10 items)) I can overcome barriers and challenges with regard to physical activity and exercise if I try hard enough.
There are four main sources to increased self-efficacy: ... (b) the person has perceived that someone in a similar situation has succeeded
There are four main sources to increased self-efficacy: (a) the person has previous experiences of being successful
There are four main sources to increased self-efficacy: ... (c) the person receives direct encouragement from another person who is perceived as trustworthy;
There are four main sources to increased self-efficacy: ... (d) the person has positive experiences of physiological responses when conducting the task.
<b>A_111</b>
Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Cognitive variables, particularly health beliefs and self-efficacy,
<b>A_14</b>
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ... When I am feeling tired
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...After a holiday
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...After experiencing family problems
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...After recovering from an illness that caused me to stop exercising
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...After recovering from an injury that caused me to stop exercising
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...During a holiday
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...During bad weather
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...During or after experiencing personal problems
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...If I don't reach my exercise goals
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When I am feeling anxious
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When I am feeling depressed
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When I am feeling under pressure from work
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When I feel physical discomfort when I exercise
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When I have other time commitments
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When I have too much work to do at home
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When there are other interesting things to do
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...When visitors are present
Bandura's Exercise Self-efficacy Scale is used for measuring level of exercise self-efficacy ...Without support from my family or friends
<b>A_28</b>
such as ... self-efficacy have been repeatedly found to be positively
<b>A_53</b>
el auto-concepto sobre las expectativas en torno a la capacidad de actividad física se refleja en el rendimiento y las expectativas de éxito personal
<b>A_98</b>

Successful past performance dictates higher self-efficacy and minimises perception of barriers to physical activity
<b>A_94</b>
Lack of confidence is especially problematic during self-managed, home-based exercise where access to support is withdrawn
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... "Warming up" before exercise
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Cooling down after exercise
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Enduring light exercise
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Enduring moderate exercise
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Enduring strenuous exercise
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Exercising at home by myself
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Exercising for at least twenty minutes three times each week
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Exercising when it is inconvenient
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Exercising without getting chest pain
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Fitting exercise into a busy day
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Knowing what exercise is healthy for me
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Knowing what my heart rate should be before and after exercise
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Knowing when I can increase my exercise level
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Knowing when I have exercised too much and need to stop
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Resuming my pre-hospital level of activity
The 16-item Cardiac Exercise Self-Efficacy Instrument (CESEI) by Hickey ... Taking my heart rate before and after exercise
<b>A_87</b>
Exercise self-efficacy was measured by asking the participants how confident they were with continuing to exercise when faced with specific challenges. Responses were given on a 10-point Likert scale (0 = not confident to 10 = very confident) using the nine-item questionnaire developed by Resnick and Jenkins (2000).
<b>Conhecimento sobre autogestão do exercício</b>
<b>A_13</b>
internal factors such as ... a lack of knowledge ... can also be perceived as obstacles
<b>A_18</b>
Knowledge about exercise ... [percepção da pessoa]
<b>A_20</b>
Perceptions and knowledge concerning physical activity: Insufficient knowledge of guidelines
<b>A_47</b>
[Diabeticos identificam os ]Barriers: Lack of awareness/knowledge
<b>A_74</b>
Facilitating factor: Pamphlet with program/facility information
<b>A_77</b>
Knowledge about general exercise has been found to predict participation and adherence to a structured exercise program among older adults
Lack of knowledge about correctly performing PFM exercise has been one barrier to exercise adherence
<b>A_52</b>
Positive beliefs about efficacy and outcomes motivate exercise ... Not knowing how to perform the exercise led to doubt over the exercises' effectiveness and consequently they reduced the effort
<b>A_98</b>
negative thoughts ... such as ... lack of information
<b>A_79</b>
insufficient understanding of [Exercício]
<b>Conscientização</b>

<b>A_47</b>
[Diabeticos identificam os ]Barriers: Lack of awareness/knowledge
[Diabeticos identificam os ]Facilitators: Patient's knowledge: Awareness of complications
<b>A_74</b>
factors that facilitate exercise counseling: Provider factors: Awareness of programs
<b>A_87</b>
refusal included a lack of need for further exercise
<b>A_120</b>
the awareness regarding the effectiveness of exercise therapy in improving the physical and mental health of cancer survivors has increased
<b>Cultural</b>
<b>A_28</b>
religion and culture
<b>A_74</b>
barriers to exercise counseling: Cultural barriers: Different cultural values
barriers to exercise counseling: Cultural barriers: Language barriers
factors that facilitate exercise counseling: Patient factors: Interest in natural approaches and not taking medications
<b>A_79</b>
cultural, social, and physical environments that do not support positive health behaviors;
<b>Internas/ pessoais</b>
<b>A_5</b>
Working
<b>A_10</b>
la motivación para la realización de ejercicio físico en ocasiones obedece más a razones de estética que terapéuticas
<b>A_7</b>
one's past exercise experience was associated with adherence among cancer survivors.
<b>A_1</b>
o avançar da idade parece predizer menor adesão (Exercício e dieta) (citação)
<b>A_13</b>
internal factors such as ... poor self-discipline ... can also be perceived as obstacles
internal factors such as ... a lack of motivation can also be perceived as obstacles
internal factors such as a lack of time ... can also be perceived as obstacles
<b>A_106</b>
The most frequently endorsed barriers to engaging in home exercise were ... or not having time
<b>A_111</b>
Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Psychological variables found to influence exercise include motivation [17,18]
<b>A_18</b>
Among those who held a physically active lifestyle maintaining or regaining their mobility was a strong motive for PA
Behavioural regulation and attitude: Lack of motivation
Behavioural regulation and attitude: Lacking behavioural regulation
Old age ... were also reported as perceived PA barriers.
<b>A_20</b>
Breast cancer survivors (N = 23) identified barriers to physical activity, including ... lack of self-discipline
Breast cancer survivors (N = 23) identified barriers to physical activity, including ... procrastination
Breast cancer survivors (N = 23) identified barriers to physical activity, including competing priorities
identified a range of physical activity barriers for cancer survivors such as lack of time or motivation
lack of motivation appears to be a prominent barrier to physical activity participation in cancer survivors.

Other influential barriers are beliefs about social and environmental factors such as ... responsibilities at home
<b>A_28</b>
the lack of time presented na immediate and significant obstacle
<b>A_30</b>
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: ... Time
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: ... work
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: ... travel issues
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: family
to the characteristics of patients such as ... age that could hinder exercise
<b>A_47</b>
[Diabeticos identificam os ]Barriers: Lack of time
<b>A_74</b>
Barriers rural women were more likely to state included... caregiver duties
factors that facilitate exercise counseling: Patient factors: Initiated
factors that facilitate exercise counseling: Patient factors: Motivation
factors that facilitate exercise counseling: Provider factors: Personal positive experience with exercise and own belief/bias
<b>A_55</b>
difficult to maintain daily walking without any motivation or feedback
<b>A_59</b>
Factors associated with low exercise participation rates include no previous history of exercising
<b>A_53</b>
Las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física fueron: ... haber dejado de realizar ejercicio físico OR 7,62 (3,50-16,58)
Los factores que demostraron ser protectores o facilitadores para la adherencia a la actividad física fueron: ... la periodicidad de actividad física de dos veces por semana OR ,56
<b>A_52</b>
Commitment and selfdiscipline
Exercise organized everyday life
exercising alone required self-discipline and self-motivation,
factors perceived to influence women with breast cancer's adherence to exercise during chemotherapy:
(2) other valued activities compete with exercise;
Family commitments
Going to work
Holidays and social events
Other barriers to PA in women with breast cancer have been identified, including time constraints ...
Time constraints are found to complicate cancer survivors' efforts to establish an exercise routine
<b>A_98</b>
Barriers to undertaking physical activity, such as ... lack of motivation
Barriers to undertaking physical activity, such as lack of time
<b>A_88</b>
[A Adesão foi influenciada pelos]previous exercise levels.
found exercise habits to be a consistent predictor of current exercise behaviour
<b>A_87</b>
refused typically did so because of a lack of time,
<b>A_118</b>
Exercise is challenging for many older patients with cancer because of age-related barriers
Exercise is challenging for many older patients with cancer because of age-related barriers such as ... lifestyle
Exercise is challenging for many older patients with cancer because of age-related barriers such as habits

Hence, these new findings strengthen the basis for existing recommendations and highlight the importance of focusing on and supporting older patients with cancer in a physically active lifestyle
<b>A_120</b>
Absenteeism ... are some of the notable barriers to physical activity among cancer survivors" (A_120)
<b>A_83</b>
Exercise takes too much time from my family responsibilities.
Exercising takes too much of my time.
I enjoy exercise.
<b>Recursos</b>
<b>A_4</b>
PA will be measured with the Personal Activity Monitor (PAM AM300)
<b>A_5</b>
Living out of town
<b>A_6</b>
[promove a adesão das pessoas] exercise participation ... support
<b>A_1</b>
maior escolaridade e renda parecem predizer maior adesão à dieta e ao exercício físico(citação)
<b>A_13</b>
There can also be external obstacles, such as ... expenses
There can also be external obstacles, such as the absence of no interest or engagement from partners or friends
<b>A_106</b>
cardiac rehabilitation patients has revealed ... that self-monitoring .... can lead to increased adherence
cardiac rehabilitation patients has revealed that ... an action plan can lead to increased adherence
<b>A_111</b>
Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Demographic and social support variables are viewed as having a moderating effect on the factors that influence participation in exercise after a cardiac event [16,22,23].
Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Wealthier, more educated clients are more likely to participate in exercise
<b>A_18</b>
Health professionals: Lack of ... encouragement from health professionals
Health professionals: Lack of advice and encouragement from health professionals
Health professionals:Support from health professionals
Physical environment ... limited accessibility
Social support: Lack of social support
The cost of exercise classes
<b>A_20</b>
Environmental factors: Social support
Lack of medical practitioner support: Insufficient physical activity advice from medical professionals
Lack of medical practitioner support: Medical surveillance
<b>A_28</b>
inadequate supervision during exercise
lack of support from the social environment
the importance of close collaborationbetween the different health care professionals and their need to feel safe with these professionals
<b>A_30</b>
influence on adherence to treatments in musculoskeletal pain: ... the therapeutic relationship between professionalparticipant
<b>A_41</b>
Exercise diary
<b>A_44</b>

compliance with early functional exercise is related to the patient's level of family support
compliance with early functional exercise is related to the patient's level of ... the nurse-patient relationship,
compliance with early functional exercise is related to the patient's level of education
This noncompliance is mainly related to the ... guidance [eficacia dos exercicio em casa]
This noncompliance is mainly related to the ... social support [eficacia dos exercicio em casa]
This noncompliance is mainly related to the lack of professional supervision [eficacia dos exercicio em casa]
<b>A_46</b>
Adherence is found to be associated with factors such as 'patient related factors' (e.g. low level of education and psychological characteristics)
Adherence is found to be associated with factors such as ... health care team/system' (e.g. lack of expertise in HF programmes, lack of education on the importance of exercise)
Adherence is found to be associated with factors such as ... social and economic factors (e.g. financial concerns and support)
<b>A_47</b>
[Diabeticos identificam os ]Facilitators: Family support
[Diabeticos identificam os ]Facilitators:Emphasis by nurses
<b>A_74</b>
barriers to exercise counseling: financial constraints: cost of facilities
barriers to exercise counseling: Financial constraints: Lack of insurance benefit
barriers to exercise counseling: Financial constraints: Low socioeconomic status
barriers to exercise counseling: Financial constraints: Patient's financial situation
barriers to exercise counseling: Lack of resources: Lack of family support
barriers to exercise counseling: Lack of resources: Lack of multievidence-based studying
barriers to exercise counseling: Lack of resources: No well-organized protocols, handouts, or written information
barriers to exercise counseling: Lack of resources: Not enough staff in long-term care facilities
barriers to exercise counseling:Priority of health issues: Other priorities during visit
Facilitating factor: Clinic/institution requirement
factors that facilitate exercise counseling: Provider factors: Pertinence of health issue to exercise counseling
factors that facilitate exercise counseling: Provider factors: Relationship with patient
factors that facilitate exercise counseling: Resources:Cultural support
factors that facilitate exercise counseling: Resources:Family support
factors that facilitate exercise counseling: Resources:Financially stable
factors that facilitate exercise counseling: Resources:Staff available for assistance
Type of barrier: Lack of knowledge about when and what to recommend
<b>A_59</b>
Factors associated with low exercise participation rates include inconvenience of transportation
Factors associated with low exercise participation rates include lack of encouragement
<b>A_53</b>
en un soporte social o facilitador para la inclusión psico-social de las personas en edad avanzada
Las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física fueron: ... no recibir prescripción para la realización de la actividad física en el programa de control de la enfermedad crónica OR 2,57 (1,9-3,4).
Las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física fueron: permanecer solo durante el día OR 2,91 (1,65-5,11)
<b>A_52</b>
Constructive support enhances exercise ... the importance of social support as a great exercise motivator
Exercise diary
factors perceived to influence women with breast cancer's adherence to exercise during chemotherapy: (4) constructive support enhances exercise;
Information on exercise
Other barriers to PA in women with breast cancer have been identified, including ... insufficient social support

Other valued activities compete with exercise ... the need of supervised exercise in a group to encourage them in their exercise
Support from family and friends
<b>A_98</b>
the further the distance of the facility from the home of the individual, the less likely the person will participate
<b>A_79</b>
barriers to PA include ... transportation
such as lack of tangible recommendations from health care providers;
<b>A_45</b>
include inadequate insurance coverage,
lack of accessibility and transportation
lack of physician referral,
<b>A_87</b>
the long distance required to travel to the hospital
<b>A_109</b>
Functional Exercise Adherence Scale (FEAS) for Postoperative Breast Cancer Survivors: To assess respondents' functional exercise adherence, we selected the FEAS, developed by Lu (2008). ... For the subscale of "adherence to actively seeking advice": "In the process of functional exercises, you can communicate with the medical staff when you have problems."
<b>A_119</b>
Finding group classes was not necessarily easy, with participants citing the high cost of using gyms
<b>A_123</b>
Time spent on transportation and logistics attending a supervised exercise program can be difficult for the patients
<b>A_83</b>
My family members do not encourage me to exercise.
My spouse (or significant other) does not encourage exercising.
Places for me to exercise are too far away.
<b>Relacionados com a doença/condição</b>
<b>A_8</b>
[Indice BODE (Body-Mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity)]: Dyspnea only with strenuous exercise
[Indice BODE (Body-Mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity)]: Dyspnea when hurrying or walking up a slight hill
[Indice BODE (Body-Mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity)]: Stops for breath after walking 100 yards (91 m) or after a few minutes
[Indice BODE (Body-Mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity)]: Too dyspneic to leave house or breathless when dressing
abandono de pacientes con EPID se relacione con una rápida evolución a insuficiencia respiratoria progresiva y disminución de la capacidad de ejercicio
tabaquismo activo ya fue descrito como un factor asociado con baja motivación para completar una terapia y un indicador negativo de adherencia
<b>A_2</b>
deteriorated physical condition as fitness barriers to engaging in physical activity
muscle weakness ... as fitness barriers to engaging in physical activity
the decline in physical activity for these patients after their HNC treatment is severe and persistent
<b>A_3</b>
further reductions in the capacity to exercise upon later initiation of adjuvant chemotherapy and/or radiation therapy as described by the participants
had the presence of metastatic disease
required portable oxygen for activities of daily living
<b>A_5</b>
fatigue
<b>A_7</b>
(fatigue, pain)

barriers (i.e. fatigue, pain)
barriers to exercise (e.g., ... Comorbidities
barriers to exercise (e.g., disease-specific symptoms, ...
<b>A_13</b>
fatigue and dyspnoea
people with heart failure, symptoms and fatigue can be perceived as obstacles
<b>A_106</b>
Given that fatigue is a frequently reported impediment to exercise
<b>A_111</b>
factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include ... Psychological variables found to influence exercise include ... depression [13,14,16].
Factors influencing participation in an exercise regimen following cardiac events include biophysical variables, such as body fat [11,12], evidence of heart failure [13,14], angina [12,15], muscle or joint pain, and co-morbidity (eg, hypertension, diabetes, or arthritis) [15,16].
<b>A_18</b>
Along with fatigue and stiffness, these symptoms hindered the ability to engage in PA.
lack of physical fitness were also reported as perceived PA barriers.
Pain is aversive, stressful and inherent to living with OA. It was mentioned as part of daily experience or in relation to particular types of activities.
Pain relief is another strong motive for being physically active and active individuals were more likely those who had experienced pain reduction
some talked about the need to choose between activities because of limited energy.
<b>A_20</b>
Breast cancer survivors (N = 23) identified barriers to physical activity, including ... fatigue
Health concerns in CRC survivors have included ... difficulties with diarrhea or incontinence
Health concerns in CRC survivors have included ... feeling unwell
Health concerns in CRC survivors have included fatigue
<b>A_28</b>
Specific barriers to exercise in patients with diabetes include ... feelings of tiredness
<b>A_30</b>
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: health problems
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: pain
to the characteristics of patients such as ... comorbid conditions ... that could hinder exercise
to the characteristics of patients such as severity of disorder ... that could hinder exercise
<b>A_44</b>
compliance with early functional exercise is related to the patient's level of depression
compliance with early functional exercise is related to the patient's level of anxiety
compliance with early functional exercise is related to the patient's level of motor function
<b>A_46</b>
Adherence is found to be associated with factors such as ... therapy related factors' (e.g. hospitalisations)
<b>A_47</b>
[Diabeticos identificamos ]Barriers: Physical restriction
<b>A_74</b>
Barriers rural women were more likely to state included fear of injury...
barriers to exercise counseling:Priority of health issues: Acute illness, dying, chronic health issues, nature of the illness
barriers to exercise counseling:Priority of health issues: Mental health issues
barriers to exercise counseling:Priority of health issues: Patient's pain level
<b>A_59</b>
Factors associated with low exercise participation rates include the presence of comorbidities
<b>A_53</b>

Los factores que demostraron ser protectores o facilitadores para la adherencia a la actividad física fueron: la autopercepción del estado de salud OR ,39 (23,66)
<b>A_52</b>
factors perceived to influence women with breast cancer's adherence to exercise during chemotherapy: (1) side-effects of breast cancer treatment could be a barrier to exercise
For women with breast cancer, chemotherapy treatment is of the most important factors for decreased PA during treatment
Hospital admissions
hospital admissions due to treatment complications disrupted the women's exercise schedule
nausea and fatigue, was emphasized in the discussion as a strong barrier to exercise performance
Side-effects of breast cancer treatment as a barrier to exercise ... The women expressed how a changed body image due to treatment affected their exercise adherence
Side-effects of breast cancer treatment as a barrier to exercise ... they experienced dyspnea and dizziness [Experiencia das pessoas durante o exercício]
the women experienced neuropathic pain as interfering with their exercise routine
Treatment side-effects
<b>A_98</b>
fear of injury or another cardiac event has been identified as a barrier to activity
Lower perceived health status has been associated with less exercise and overall activity in older adults
This is attributable to the associated symptom burdens, particularly dyspnoea and fatigue
<b>A_94</b>
During exercise, commonly reported HF symptoms such as dyspnea
During exercise, commonly reported HF symptoms such as dyspnea and fatigue are experienced which can increase feelings of fear, anxiety, and powerlessness.
During exercise, commonly reported HF symptoms such as fatigue
<b>A_84</b>
cancer stage ( $p = 0.05$ )
fatigue based on the SCFS total score at baseline ( $p = 0.04$ ),
Significant predictors include chemotherapy day ( $p < 0.0001$ ),
<b>A_88</b>
In these two trials, alcohol consumption emerged as a weak but still statistically significant determinant of exercise adherence.
<b>A_118</b>
Cancer cachexia and sarcopenia are frequently seen among patients with advanced cancer [23], and these conditions are further problematic in older patients because of limited physical reserves
Exercise is challenging for many older patients with cancer because ... as musculoskeletal disorders
Exercise is challenging for many older patients with cancer because ... decreased mobility
<b>A_123</b>
Expect
Significado atribuído ao regime de exercício
<b>A_2</b>
enjoyment motivates them to engage in such activity
<b>A_13</b>
There can also be external obstacles, such as the absence of no interest
<b>A_18</b>
Behavioural regulation and attitude: Keep going despite
Behavioural regulation and attitude: Resigned
Beliefs that nothing can be done regarding the condition ... were linked to less inclination towards being physically active
Emotions ...Enjoyment
Exercise as beneficial [percepção da pessoa]
Improvements in other symptoms, such as stiffness and joint stability, were sufficient reasons for being active, even when pain remained.
PA as non-effective, harmful or of doubtful effectiveness

<b>A_20</b>
Breast cancer survivors (N = 23) identified barriers to physical activity, including ... lack of interest identified a range of physical activity barriers for cancer survivors such as ... cancer-specific barriers concerning benefits
Perceptions and knowledge concerning physical activity: Doing sufficient physical activity
Perceptions and knowledge concerning physical activity: Guidelines not applicable
Psychological barriers: Not the sporty type
Psychological barriers: Too much effort/lack of willpower
<b>A_28</b>
such as enjoyment of exercise ... have been repeatedly found to be positively
<b>A_30</b>
Of the 32 experimental groups, the most frequent causes were: rejection/ no interest
<b>A_47</b>
[Diabeticos identificam os ]Facilitators: Patient's knowledge: Perceived benefits: Feel good factor
[Diabeticos identificam os ]Facilitators: Patient's knowledge: Perceived benefits: Reduction in blood sugar
[Diabeticos identificam os ]Facilitators: Patient's knowledge: Perceived benefits: Reduction in weight
<b>A_74</b>
Facilitating factor: Patient's interest
<b>A_59</b>
Factors associated with low exercise participation rates include perception of exercise as tiring or painful
<b>A_53</b>
Las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física fueron: ... no considerar el ejercicio físico importante en el manejo de la patología de base OR 3,42 (1,36-8,55)
<b>A_52</b>
Being in control
factors perceived to influence women with breast cancer's adherence to exercise during chemotherapy: 3) restoring and maintaining normality in daily life motivates exercise
Restoring and maintaining normality in daily life motivates exercise: Not just having cancer
Restoring and maintaining normality in daily life motivates physical activity ... the majority of the participants the exercise routine became a structural factor, which helped them get back to normality
<b>A_79</b>
beliefs in the benefits associated
<b>A_119</b>
Enjoyable - boring
I feel sick
<b>A_83</b>
Difficulty of doing physical activity
Exercise allows me to carry out normal activities without becoming tired.
Exercise allows me to carry out normal activities without becoming tired.
Exercise facilities do not have convenient schedules for me
Exercise helps me decrease fatigue.
Exercise improves my flexibility.
Exercise improves overall body functioning for me.
Exercise improves the quality of my work.
Exercise improves the way my body looks
Exercise increases my muscle strength
Exercise increases my stamina
Exercise is good entertainment for me.
Exercise is hard work for me.
Exercise takes too much time from family relationships.

Exercise takes too much time from my family responsibilities
Exercise tires me
Exercising helps me sleep better at night.
Exercising improves functioning of my cardiovascular system.
Exercising improves my self-concept.
Exercising increases my acceptance by others.
Exercising increases my level of physical fitness
Exercising increases my mental alertness.
Exercising makes me feel relaxed
Exercising takes too much of my time.
Exercising will keep me from having high blood pressure.
I am fatigued by exercise.
I am too embarrassed to exercise.
I enjoy exercise.
I think people in exercise clothes look funny.
I will live longer if I exercise.
It costs too much to exercise.
My disposition is improved with exercise
My muscle tone is improved with exercise
My physical endurance is improved by exercising.
Perceived behavioral control
<b>A_112</b>
Attitudes toward Physical Activity (APA): This section includes a Likert scale that ranged from 1 to 5 points. The scores for the whole subscale ranged from 7 to 35 points. The median score was used to distinguish the levels of attitude. The scores from 26 to 35 indicate a favorable attitude, while the scores from 7 to 25 indicate an unfavorable attitude.
Affective attitude Enjoyable - boring I feel sick Satisfied - unsatisfied
Attitudes toward Physical Activity (APA): This section includes a Likert scale that ranged from 1 to 5 points. The scores for the whole subscale ranged from 7 to 35 points. The median score was used to distinguish the levels of attitude. The scores from 26 to 35 indicate a favorable attitude, while the scores from 7 to 25 indicate an unfavorable attitude.
Instrumental attitude Beneficial - harmful Worthwhile - worthless Good - bad Relaxing - stressful
Attitudes toward Physical Activity (APA): This section includes a Likert scale that ranged from 1 to 5 points. The scores for the whole subscale ranged from 7 to 35 points. The median score was used to distinguish the levels of attitude. The scores from 26 to 35 indicate a favorable attitude, while the scores from 7 to 25 indicate an unfavorable attitude.
Perceived behavioral control Difficulty of doing physical activity Capability of doing physical activity
<b>Sociais</b>
<b>A_13</b>
There can also be external obstacles, such as the absence of a nearby fitness centre
<b>A_106</b>
The most frequently endorsed barriers to engaging in home exercise were ... having no companion
<b>A_18</b>
Physical environment ... lack of availability of appropriate modes
Physical environment ... issues regarding safety

<b>A_20</b>
Lack of access to facilities like sports grounds or gyms has also been identified as prominent barriers to physical activity participation
Other influential barriers are beliefs about social and environmental factors such as ... lack of an exercise partner
<b>A_28</b>
[Referencias das pessoas para barreiras ao exercicio]smooth transition to existing local exercise facilities and of low costs
intimidating exercise environment
unfavourable opening hours
<b>A_30</b>
influence on adherence to treatments in musculoskeletal pain: ... the physical environment of the intervention
<b>A_47</b>
[Diabeticos identificam os ]Barriers: Lack of infrastructure
<b>A_74</b>
Barriers rural women were more likely to state included ... lack of a safe place to exercise
barriers to exercise counseling: Lack of resources: No local affordable programs or gyms
<b>A_53</b>
el contar con estos espacios adecuados (zonas verdes, amplias, limpias, dotadas), promueve la realización de la actividad física en promedio, en un 50% en los controles comparados con los casos.
la realización de actividad física con otras personas se convierte en un facilitador para la adherencia a la actividad física
Las barreras o factores de riesgo para la adherencia a la actividad física fueron: ... no contar con espacios seguros para la realización de la actividad física OR 2,00 (1,46-2,72)
Los factores que demostraron ser protectores o facilitadores para la adherencia a la actividad física fueron: ... contar con espacios adecuados para la realización de la actividad física OR ,62 (44-86)
<b>A_52</b>
exercising alone required self-discipline and self-motivation,
<b>A_98</b>
negative thoughts ... such as ... safety issues
<b>A_79</b>
barriers to PA include ... personal safety concerns
<b>A_118</b>
Exercise is challenging for many older patients with cancer because of age-related barriers such as ... practical obstacles
<b>A_119</b>
A lack of facilities to exercise (including group classes which would provide an appropriate social space) was highlighted
Being able to access an appropriate 'place' or venue that had meaning as an arena within which to exercise and socialise was important
Finding group classes was not necessarily easy, with participants citing the high cost of using gyms or stating that they would not belong because 'it's hard to find something where there's other people of a similar age'.
The presence or absence of venues or 'places' that were meaningful, comfortable and appropriate for exercise was an important facilitator or inhibitory factor for participants when trying to undertake more exercise(s).
<b>A_120</b>
lack of appropriate facilities ... to patients are some of the notable barriers to physical activity among cancer survivors.
Risk to patients are some of the notable barriers to physical activity among cancer survivors.
<b>A_83</b>
Exercise facilities do not have convenient schedules for me.
Exercising is a good way for me to meet new people.
Exercising lets me have contact with friends and persons I enjoy.
There are too few places for me to exercise.
(em branco)
(em branco)

(em branco)
<b>A_2</b>
Binary adherence was defined as whether the exergame minutes met two-thirds of the prescribed total exergame minutes (1=“adherent,” 0=“nonadherent”) in a week.
The percentage of adherence was calculated as the actual total weekly exergame minutes divided by prescribed total weekly exergame minutes, then multiplied by 100.
<b>A_6</b>
Frequency, Intensity, Time, Type
<b>A_10</b>
Para avaliar la adherencia ... escala cuantitativa desarrollada por Toobert ... que evalúa el cumplimiento de las recomendaciones, en los siete días previos, respecto a los cinco elementos fundamentales del cuidado de la diabetes: dieta, ejercicio, automonitoreo de glicemia, cuidado de pies y tabaquismo. "Ejercicio físico" [intreptração]evaluar la adherencia auto-reportada para cada acción específica, de tal manera que un puntaje de 7 correspondió a adherencia perfecta y un puntaje de 0 correspondió a ausencia total de ésta
<b>A_7</b>
intervention frequency, intensity, type, and duration exercise prescriptions varied
<b>A_12</b>
hacer el ejercicio recomendado[item da escla: el Cuestionario para evaluar el comportamiento de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico derivado de la taxonomía NOC]
<b>A_13</b>
level of physical activity during the last week (7-choice question; modified from the Swedish short version of International Physical Activity Questionnaire): Itens: total PA (min) high-intensity PA (min) moderate-intensity PA(min) 7 d diary last wk activity(min/wk) total PA (min) high-intensity PA (min) moderate-intensity PA(min)
Low levels of activity [dado]
recommendations for activities and the frequency, intensity and duration of activities
<b>A_100</b>
[prescrição de exercício passava sempre por] Time, duration, and number of sessions
The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) provides a comprehensive evaluation of daily physical activity habits. Itens: total PA (min) high-intensity PA (min) moderate-intensity PA(min) 7 d diary last wk activity(min/wk) total PA (min) high-intensity PA (min) moderate-intensity PA(min)
<b>A_102</b>
Medida autorrelatada do comportamento de caminhada ... No último mês, quantas vezes você caminhou no mínimo 30 minutos por dia? - as respostas pertenciam a uma escala de quatro (4) pontos variando de “menos de uma vez por semana” (1) até “três ou mais vezes por semana”(4).
<b>A_111</b>
Exercise was measured by summing the number of minutes of exercise, and summing the number of minutes the subject exercised within the target heart rate (HR) zone
<b>A_14</b>
(European Heart Failure Self-care Behaviour Scale is used to measure self-care capacity) "I Exercise regularly"
<b>A_37</b>
International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)
<b>A_41</b>
Exercise adherence. Exercise adherence was defined as the number of exercise sessions completed.
<b>A_44</b>
The functional exercise compliance questionnaire developed by Zhenxiang Zhang et al [dados:] Active advice seeking compliance
The functional exercise compliance questionnaire developed by Zhenxiang Zhang et al [dados:] Exercise monitoring compliance
The functional exercise compliance questionnaire developed by Zhenxiang Zhang et al [dados:]Functional exercise compliance

The functional exercise compliance questionnaire developed by Zhenxiang Zhang et al [datos:]Physical exercise compliance
<b>A_46</b>
At the same time, the nurse may be a good resource for answering questions regarding exercise or practicalities related to exercise (where, when, how, reimbursement, groups, etc.),
<b>A_60</b>
Uptake and adherence to the exercise intervention are assessed by (i) attendance at the hospital training sessions
Uptake and adherence to the exercise intervention are assessed by ... (ii) patient completed exercise diaries at 4, 10 and 20 weeks in the intervention group
<b>A_77</b>
a visual analogue scale from 0 (not at all compliant) to 10 (completely compliant) was used to rate the amount of PFM exercise participants did compared with the amount prescribed.
<b>A_53</b>
cuestionario internacional IPAQ versión de siete días
Para este tipo de enfermedades se debe seguir un régimen y una prescripción, que permita crear adherencia a al ejercicio físico o actividad física programada teniendo en cuenta su duración, frecuencia, intensidad, tipo, lugar, hora del día.
<b>A_108</b>
the seven-day Physical Activity Recall inventory (PAR) (Blair et al., 1985; Sallis et al., 1993) was used to assess physical activity in general. (Items: 10 min/5 days a week or more; 30 min/5 days a week or more; Leg exercises)
<b>A_94</b>
Participants were given weekly exercise goals for frequency of exercise (number of sessions), duration and intensity
<b>A_84</b>
[Adesão ao exercício) exercise sessions attended or the number of hours per week of exercise.
Adherence was operationalized in two ways: total number of steps and mean number of steps per day on days with any steps recorded.
Do enough exercise (1) versus ought to exercise more
Level of exertion (on a scale of 0-10)
Light physical activity (hours per day)
Moderate physical activity (hours per day)
Regular aerobic activity (times per weeks)
Vigorous physical activity (hours per day)
Walking (blocks per day)
Walking pace (on a 4-point scale from casual to brisk)
yard work in addition to intentional aerobic exercises such as walking or jogging and leisure activities such as bicycling, golfing, and bowling
<b>A_22</b>
FITT (frequency, intensity, type and time)[Base da prescrição de exercício]
<b>A_115</b>
establishing an effective training regime include the training intensity, the number and durations of voluntary contractions, and the number and frequency of training sessions
<b>A_128</b>
Exercise prescriptions for people with diabetes, including exercise, exercise intensity, exercise time, exercise frequency, and speed of exercise, etc.



## Anexo VII - Unidades de registro por categoria - “diagnósticos”



Diagnósticos de Enfermagem	
Autoeficácia para a autogestão do exercício	
<b>Baixa</b>	
A_28	
	Another barrier to participation in an exercise-on-prescription intervention could be low self-efficacy
A_20	
	However, given previous research findings and the aforementioned theories, we expect that low self-efficacy and motivation and poor behavioral control may be theoretical components of emerging barriers.
<b>Baixa</b>	
A_13	
	perceive low self-efficacy in physical activity
Autogestão do regime de exercício	
<b>Baixa</b>	
A_42	
	low exercise adherence
	Lower adherence to aquatic exercise
A_1	
	baixa adesão às recomendações de dieta e ao exercício físico.
A_7	
	low adherence rates
A_8	
	baja adherencia
A_14	
	Low adherence
A_22	
	adherence ... low
A_52	
	Low adherence
A_98	
	adherence to recommended physical activity levels are low
	Low adherence
A_34	
	Low adherence
<b>Falta</b>	
A_12	
	falta de adherencia
<b>Inadequada</b>	
A_112	
	inadequate adherence
<b>Não</b>	
A_7	
	non-adherent A1
A_45	
	nonadherence ... physical activity prescription
A_11	

tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia",
A_53
no-adherencia
A_36
Not adherent
A_109
treatment non-adherence
<b>Parcial</b>
A_11
tres niveles de adherencia: "total", "parcial" y "no adherencia",
<b>Pobre</b>
A_45
poor adherence to health-related behaviors ... physical activity prescription
A_36
poor adherence
A_30
Poor adherence to physical exercise
A_37
poor adherence to treatment
A_88
poor adherence
Capacidade de autogestão do regime de exercício
<b>Reduzida</b>
A_13
reduced self-management ability [Exercício]
Conhecimento Sobre Autogestão do regime de Exercício
<b>Falta</b>
A_13
[relação com a autogestão de exercício] lack of knowledge
A_20
Given patients' lack of knowledge concerning physical activity guidelines
<b>Insuficiente</b>
A_13
[relação com a autogestão de exercício] since people with heart failure can have insufficient knowledge [Importancia dos estilos de vida]or ...
Crença errônea da doença
<b>(em branco)</b>
A_13
[relação com a autogestão de exercício] since people with heart failure can have ... or delusive illness beliefs

## Anexo VIII - Unidades de registo por categoria - “intervenções”



Intervenções de Enfermagem	
Estratégia	
<i>Contexto de realização do exercício</i>	
(em branco)	
A_106	[exercícios em casa dão flexibilidade para otimizar o plano de exercício] adjust the timing and intensity of their exercise to accommodate their fatigue levels
A_3	Convenience of home-based exercise
A_41	The CR staff individualized the aerobic portion of the home exercise sessions based on what exercise equipment the patients had at home.
A_46	In-hospital initiation of exercise [Após evento crítico]
A_74	Community based ideas such as joining gyms Community based ideas such as joining outdoor sports. Community based ideas such as joining schools Community based ideas such as joining senior centers Community based ideas such as joining walking groups
	Recommend a gym
A_45	Exercise modalities included the PAVAHCS rehabilitation facility or local gyms, home exercise equipment, and/or walking programs.
A_52	home-based exercise programs [melhorar a performance e o impacto na gestão da vida familiar]
A_60	The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual. The home programme was predominantly aerobic training based largely on progressive walking with self-completion activity logs.
A_82	16 (25%) trials included a home-based physical activity component
<i>Metodologia de implementação</i>	
Grupo	
A_111	five small-group psychoeducative sessions for individuals Several different teaching strategies are used in the small-group discussions sessions, including case studies
A_13	10 group sessions in a separate room at a primary care centre.
A_100	participants noted that attending the group programme motivated them to adhere to their therapy[ exercício]
A_39	[Estratageias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... group meetings,
A_60	The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.

<b>A_118</b>
The first component was group-based exercise (mainly progressive resistance training) twice weekly in sessions of 60 minutes.
<b>A_82</b>
15 (24%) studies incorporated a group physical activity format
<b>A_79</b>
The intervention consisted of group exercises three times a week for an hour,
<b>A_123</b>
[Importancia de grupos de pares no exercicio] Another part of being “in the same boat” was the patients’ aware- ness of the fact that there was usually no rehabilitation program provided for them as patients with IC,
Individual
<b>A_106</b>
Perceived self-efficacy and activity-related affect were operationalized into actions, such as individualized exercise prescriptions, discussions on the positive experiences of home exercise, and acknowledging improvements in home exercise performance.
<b>A_4</b>
the effect of tailored advise
<b>A_5</b>
The exercise prescription was individually tailored
<b>A_6</b>
tailored exercise prescription
<b>A_7</b>
tailored programs may optimize program adherence
<b>A_13</b>
a programme that aims to increase or sustain the participants’ level of physical activity should be individualized.
<b>A_41</b>
The CR staff individualized the aerobic portion of the home exercise sessions based on what exercise equipment the patients had at home.
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.
<b>A_82</b>
With regards to the format of physical activity interventions, 27 (43%) studies consisted of an individual physical activity format
<b>A_84</b>
[outros] study may have been more successful with a personalized exercise prescription because they would have felt a greater sense of control and accomplishment
<b>A_88</b>
exercise guidelines and adhere to the intervention programme among breast cancer patients who received tailored counselling.
Misto
<b>A_82</b>
14 (25%) studies used a combination of group and individual physical activity interventions
<b>Forma de Implementação</b>
Distância
<b>A_103</b>
Biweekly nurse telephone calls were used to monitor progress
<b>A_14</b>
[intervenção inclui]telephone follow-up.
<b>A_41</b>
Follow-up phone calls were made to review progress within 1 week after patients received the graphs.

<b>A_44</b>
[Intervenção baseada em: ] following up by phone every day during the first month after patients' discharge
<b>A_46</b>
Telemedicine
<b>A_61</b>
Biweekly nurse telephone calls were used to monitor progress, answer questions and provide encouragement, discuss barriers to exercise, and provide personalized feedback.
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.
<b>A_82</b>
Eleven studies (17%) implemented weekly or fortnightly telephone counselling or monitoring throughout the intervention period
mailed or emailed support
<b>A_36</b>
received telephone monitoring under the telenursing model
<b>A_113</b>
symptom tracker or diary
Presencial
<b>A_39</b>
[Estratageias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... home visits,
[Estratageias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... face-to-face counseling,
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.
<b>A_82</b>
some trials employed face-to-face counselling in a single session at the beginning of the intervention
<b>A_117</b>
In the third visit, ..., adherence to behavioral recommendations was reviewed
<b>Intervenções por tipo de ação</b>
<b>Assistir</b>
Assistir a definir o regime de exercicio
<b>A_106</b>
In the current programme, mutual goal setting and action plans were interventions devised to reinforce the patients' commitment to a plan of action and actual engagement in home exercise.
Perceived self-efficacy and activity-related affect were operationalized into actions, such as individualized exercise prescriptions, discussions on the positive experiences of home exercise, and acknowledging improvements in home exercise performance.
The barriers that were identified were addressed by negotiating plans for coping and collaboration between health professionals, patients, and family members.
to negotiate exercise goals and plans with them
<b>A_13</b>
the plan [de exercicio] was revised if necessary.
<b>A_102</b>
Os participantes receberam três formulários idênticos de planejamento: um sobre AF no ambiente de trabalho, o segundo sobre AF no momento de lazer e um outro sobre AF nas atividades diárias. A enfermeira lia as instruções que os participantes deveriam seguir. Eles deveriam desenvolver três planos de ação sobre quando, onde, como e com quem pretendiam implementar a AF nas três diferentes situações. O formulário de planejamento de ação para o momento de lazer começava com a instrução: Por favor, pense sobre a sua atividade física no momento de lazer nos próximos dois meses. Quando, onde, como e com quem você planeja

realizá-la? Por favor, vamos escrever juntos seus planos na tabela que eu vou lhe mostrar. Quanto mais preciso, concreto e pessoal for o seu plano, mais fácil será para realizá-lo.
<b>A_45</b>
encouraging subjects to comply with exercise prescriptions
<b>A_64</b>
a personal goal was set in minutes of activity per day based on the pre-measurement
the PN encouraged the participants to set up an activity plan to reach personal goals
<b>A_82</b>
Topics covered in the psychobehavioural component included goal setting, barriers to and benefits of physical activity, physical activity adherence monitoring and safety, behaviour reinforcement, and symptom management.
<b>A_84</b>
asked to bring in their exercise logs, and the research nurse made recommendations to maintain or increase the number of steps per day based on individual exercise logs
<b>A_79</b>
At the end of the first week, the research team assisted each participant to identify a behavior change goal related to exercise, diet, and medication adherence.
Assistir a reorganizar o estilo de vida
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Lifestyle rebalancing - Family involvement
[Sessões de grupo sobre]: Lifestyle rebalancing - Time organization
Apoiar
<b>A_13</b>
The participants were encouraged to note what activities they had performed during the day and how many steps they had taken according to an activity tracker
<b>Determinar</b>
Avaliar Evolução
<b>A_2</b>
The nurse interventionist discusses with the participant about his/her barriers to performing the prescribed exergames. (...) guides the participant in developing strategies to overcome the barriers.
<b>A_103</b>
... the nurse coaching given during supervised exercise included the specific guided mastery techniques use of setting short-term goals for length of session
Biweekly nurse telephone calls were used to ... discuss anticipated barriers to exercise
Biweekly nurse telephone calls were used to monitor progress
Biweekly nurse telephone calls were used to... answer questions
<b>A_106</b>
In the subsequent interviews, the nurses reviewed the participants' exercise logs
The exploration of potential barriers to exercise and problem solving refer to strategies aimed at decreasing the barriers to exercise as perceived by the patients.
The six variables [que influenciam a intervenção] ... the perceived barriers to action
To increase the likelihood that a rehabilitation programme will be successful, it is recommended that barriers to adherence be addressed using an individualized approach
The perceived benefits of action specifically refer to patient education and discussion on the perceived benefits of exercise after participating in home exercise.
<b>A_3</b>
use of a home-based approach with service delivery, including face-to-face contact followed up with phone contact;
<b>A_108</b>
Time spent on walking was investigated using a question on days and minutes spent walking in the past week
Explore barriers and facilitators for behaviour change were discussed
<b>A_4</b>
Discuss barriers and facilitators
Feedback on results
nurse will discuss the results, barriers and facilitators related to PA

<b>A_5</b>
... all exercise sessions were supervised by an exercise specialist
coordinator completed weekly telephone calls or email follow-ups
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: During a typical 7-Day period (a week), how many times on the average do you do the following kinds of exercise for more than 15 minutes during your free time (write on each line the appropriate number). Weekly leisure activity score = (9 × Strenuous) + (5 × Moderate) + (3 × Light).
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: MILD/LIGHT EXERCISE (MINIMAL EFFORT) (e.g., yoga, archery, fishing from river bank, bowling, horseshoes, golf, snow-mobiling, easy walking)
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: MODERATE EXERCISE (NOT EXHAUSTING) (e.g., fast walking, baseball, tennis, easy bicycling, volleyball, badminton, easy swimming, alpine skiing, popular and folk dancing)
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: STRENUOUS EXERCISE HEART BEATS RAPIDLY (e.g., running, jogging, hockey, football, soccer, squash, basketball, cross country skiing, judo, roller skating, vigorous swimming, vigorous long distance bicycling)
intensity of the exercise sessions was monitored via heart rate monitors and the Borg rating of perceived exertion scale.
<b>A_7</b>
identify “red flags,” (scores indicating below-average functioning) to facilitate ... type or timing of interventions.
adherence to physical activity prescriptions among patients with chronic disease are more likely to occur when they are individualized to the patient, initially supervised
<b>A_8</b>
escala de Borg e frecuencia cardíaca
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Analyze personal efforts to implement exercise plan ...
[Sessões de grupo sobre]:Assessing self-efficacy
Several different teaching strategies are used in the small-group discussions sessions, including ... exercise diary analysis
<b>A_13</b>
regular assessments ... are important
that healthcare professionals and patients try to identify possible obstacles and available resources for physical activity
<b>A_102</b>
Lidar com dificuldades durante estágios subsequentes na busca por um objetivo requer um tipo diferente de plano, que especifica de que forma os indivíduos irão superar ameaças à sua meta - ou Planos de Enfrentamento
<b>A_14</b>
[intervenção inclui]telephone follow-up.
<b>A_28</b>
The first is that of exercising in existing local exercise facilities ... with or without supervision.
<b>A_39</b>
[Estratégias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... telephone follow-up,
<b>A_41</b>
Follow-up phone calls were made to review progress within 1 week after patients received the graphs.
The patients exercised three times a week in a structured, supervised setting.
<b>A_44</b>
[Intervenção baseada em: ] following up by phone every day during the first month after patients' discharge
<b>A_46</b>
Assessing exercise obstacles
First of all, nurses play a key role in assessing exercise obstacles.
Regular follow-up control
the nurse may be a good resource for answering questions regarding ... they can address possible concerns raised about exercise training (often related to fatigue and exercise intolerance).
<b>A_61</b>

Biweekly nurse telephone calls were used to monitor progress, answer questions and provide encouragement, discuss barriers to exercise, and provide personalized feedback.
<b>A_74</b>
Initial cardiac exercise stress test
The primary emphasis was safety precautions with outdoor activities. Examples of specific suggestions were to bike and walk on safe roads or lighted areas such as a school track. The NPs were actively involved in problem solving with patients about handling extreme weather conditions and suggested mall walking, ice grippers for shoes to prevent falls, and the use of a mailbox or particular tree as a distance marker.
<b>A_45</b>
These included [Intervenção]... telephone follow-up
<b>A_55</b>
To assess physical activity at baseline, participants were asked about the frequency and duration of vigorous and light/moderate physical activity.
<b>A_59</b>
Information recorded in their diaries included the number of steps and distance walked, exercise duration time, pulse rate, blood pressure, Borg Scale value, and signs of exercise intolerance for each day that they exercised; they also indicated whether they performed the 14-type joint exercises.
the target heart rate was 10-20 beats per minute more than the resting heart rate
<b>A_64</b>
activity results, barriers, facilitators, and the creation of new PA habits were discussed, and some participants reconsidered their activity goal.
the PN raised awareness about the risks of physical inactivity
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.
This was monitored with home training diaries.
<b>A_82</b>
17 (27%) studies provided an intervention that included both supervised and home-based physical activity
Interventions in 32 (51%) trials involved a supervised component
Topics covered in the psychobehavioural component included goal setting, barriers to and benefits of physical activity, physical activity adherence monitoring and safety, behaviour reinforcement, and symptom management.
<b>A_84</b>
of the type, timing, and intensity of physical activity interventions in conjunction with symptom trajectories will help to elucidate the patient experience during chemotherapy and to develop tailored nursing interventions
<b>A_79</b>
discussions about ways to overcome barriers associated with adherence to CVD prevention and maintenance behaviors.
strategies to reduce obstacles to daily PA were developed to suit individual needs
The exercises were reviewed and progressed to higher intensity or more repetitions
<b>A_123</b>
Participants recounted how they managed the overall challenge of their daily life with leg pain and how they were able to find their own strategies with the support of the rehabilitation team and their fellow patients:
<b>A_117</b>
In the last visit ... the achievement of the objectives agreed upon at the beginning of the study was evaluated.
In the third visit, ..., adherence to behavioral recommendations was reviewed
In the third visit, ... facilitators and barriers encountered were analyzed
<b>A_119</b>
As this interview extract demonstrates, challenging patient perceptions of harm and correcting patients' fears and worries was seen as central to the nurse's role in the intervention and important in encouraging people to maintain or take up exercise.
<b>A_128</b>
Exercise prescriptions should be designed according to the ... carefully supervised and implemented to achieve the best results

<b>A_77</b>
number of daily exercise repetitions [dos exercicios prescritos]
<b>A_87</b>
Participants were asked to recall the types, frequency, duration, and intensity of physical activity that they had engaged in for at least 10 minutes during the past month
<b>Informar</b>
Informar sobre recursos da comunidade
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Describe options for places/ways to exercise
<b>A_64</b>
nurse informed the participants about locally organized PA options.
Ensinar
<b>A_106</b>
[Prescrição inclui] ... instructions on developing the exercise plan.
The six variables [que influenciam a intervenção], namely the perceived benefits of action
<b>A_4</b>
inform the patient about the health risks related to a sedentary lifestyle.
the patient gets a leaflet with disease specific information related to PA [27,28].
<b>A_6</b>
given information on the benefits and contraindications of patient exercise, and the safe parameters of patient exercise
<b>A_7</b>
inform supplemental strategies focusing on the interaction among disease symptomology with physical functioning (e.g., mobility limitations) and psychological functioning (e.g., self-efficacy beliefs)
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Benefits of exercise
[Sessões de grupo sobre]: Introduction of exercise logs - Exertion levels
[Sessões de grupo sobre]: Long- and short-term consequences of exercise
[Sessões de grupo sobre]: Self-evaluation of exercise patterns: Self-monitoring
The CHANGE intervention consists of teaching individuals ... self-efficacy enhancement processes to support exercise maintenance.
The CHANGE intervention consists of teaching individuals ... social reinforcement, to support exercise maintenance.
<b>A_13</b>
group sessions ... The presentation and discussion topics ... physical activity ... its effects on everyday life
It is important to discuss and provide information about lifestyle matters
<b>A_44</b>
[Intervenção baseada em: ] instructing the patient (and caregiver) to perform functional exercises after discharge according to the exercise program
what to pay attention to during exercise, how to monitor exercise, how to handle potential problems [o que deve estar incluído em qualche prescrição de exercício]
<b>A_46</b>
Providing education to overcome obstacles
Reinforce information on the benefit of exercise
<b>A_61</b>
Individualized education: [Temas](4) benefits of home walking and integration of home walking into the patients' lifestyle with discussion of specific ways to overcome barriers to walking.
<b>A_74</b>
Community based ideas such as joining gyms, senior centers, schools, walking groups, and outdoor sports were also described.
Exercising on safe roads and lighted areas
Home-based exercises were recommended such as tapes, DVDs, TV programs, home equipment, treadmills, exercisewalking balls, and weight training using soup cans.
Instruct patient to check heart rate to target range

Never alone outside (suggested walking with a dog)
Use public buildings for walking (e.g., mall, school, or hotel pools)
Walking on a well-lighted school track
Walking partner
Walking recommendations such as to use a mailbox or particular tree as a distance marker
<b>A_45</b>
A case-management approach was used <sup>13</sup> in which subjects were contacted weekly to review activity logs, and a weekly activity recall questionnaire was completed.
instructed on the use of a weekly exercise log to record physical activities at home
<b>A_52</b>
self-monitoring of the exercise behavior [influenciam positivamente o exercicio]
<b>A_82</b>
Topics covered in the psychobehavioural component included goal setting, barriers to and benefits of physical activity, physical activity adherence monitoring and safety, behaviour reinforcement, and symptom management.
<b>A_84</b>
instructed to wear the pedometer every day
<b>A_79</b>
The first week focused on general education about CVD
<b>A_113</b>
87% of these tools (13/15) provided disease-related information and educated the people
symptom tracker or diary
<b>A_117</b>
17. Eat 15 to 30 gr of carbohydrates (bread, fruit, cereal, etc.) for each 30 minutes of physical activity 18. Eat 15 to 30 extra grams of carbohydrates after 60 minutes of moderate to high-intensity physical activity 19. When performing any physical activity, eat high-carbohydrate food to prevent hypoglycaemia 20. When performing any physical activity, wear some form of identification with your personal and medical information in case of an emergency
<b>A_119</b>
correcting patients' fears and worries
focussed on promoting exercise during clinics, in tandem with explaining why exercise was beneficial
<b>A_128</b>
Do not exercise when there is no insulin injection in the morning, because at this time, the body's insulin secretion is very small, and more activities are prone to ketosis. When insulin has the strongest effect, for example, it is not suitable for physical exercise at 12am. If you take part in physical exercise, you must master the method of temporary meals to prevent hypoglycemia. After injecting insulin, physical activity should also be avoided before eating to prevent hypoglycemia
<b>Providenciar</b>
Providenciar material de apoio
<b>A_13</b>
[para além da intervenção era disponibilizado]In addition, a free education written material
<b>A_74</b>
Individualized written instructions
Pamphlet
<b>A_45</b>
were provided to all participants along with educational materials, including a comprehensive exercise guide "Welcome to Your Home-Based Exercise Program" and handouts including information on improving balance, strength, and flexibility
<b>A_59</b>
Pedometers (Digi-Walker, HJ-328-SHR, Omron Walking style), self-monitored exercise diaries, and an information booklet regarding exercise were given
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.

<b>A_82</b>
or provided information booklets promoting physical activity behaviour change
<b>A_84</b>
an exercise video from the National Osteoporosis Foundation
<b>A_94</b>
A website was available to the participants with contact information for the investigators and links to education resources
<b>Relacionar</b>
Envolver a pessoa significativa
<b>A_106</b>
The barriers that were identified were addressed by negotiating plans for coping and collaboration between health professionals, patients, and family members.
<b>A_108</b>
were conducted with individual patients and whenever possible in the presence of a partner or informal caretaker.
<b>A_74</b>
Strategies for adherence: Family involvement and family conference
<b>A_59</b>
Engaging the caregiver is important[na intervenção]
Negociar
<b>A_111</b>
Several different teaching strategies are used in the small-group discussions sessions, including ... contract agreement
<b>A_74</b>
Strategies for adherence: Develop a formal written plan for patient
<b>Referenciar</b>
Encaminhar para outro profissional de saúde
<b>A_46</b>
referral to cardiac rehabilitation programmes
<b>A_74</b>
Referral to a physical therapist
Referral to exercise specialist
<b>Recursos</b>
<b>Outros Recursos</b>
Diários
<b>A_103</b>
Daily exercise and dyspnea diaries were completed by the patients with a log of time, distance walked, and the level of dyspnea at the end of the walk rated
<b>A_3</b>
additional confidence gained from the daily diary because it allowed participants the opportunity to visually see and “track” their progress
use of informational motivators such as activity logs
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Introduction of exercise logs
Several different teaching strategies are used in the small-group discussions sessions, including ... exercise diary analysis
<b>A_13</b>
to self-monitor their physical activities daily in a diary [inclusão de diário]
<b>A_61</b>
Home walking prescription and daily log: They completed a daily log of time and distance walked, and the level of dyspnea at the end of the walk rated on a modified Borg scale.
<b>A_59</b>

Pedometers (Digi-Walker, HJ-328-SHR, Omron Walking style), self-monitored exercise diaries, and an information booklet regarding exercise were given
<b>A_60</b>
This was monitored with home training diaries.
<b>A_84</b>
to the walking intervention, patients were given a .... pedometer ... and asked to record daily step counts.
<b>A_123</b>
Further measures that were implemented to increase the patients' self-efficacy included patients keeping logbooks of steps,
Audiovisual
<b>A_106</b>
The nurses negotiated corresponding coping plans with the patients during the interviews ... exercises that could be performed while watching television.
<b>A_74</b>
Home-based exercises were recommended such as TV programs,
Home-based exercises were recommended such as DVDs
Home-based exercises were recommended such as tapes
Home-based exercises were recommended such as tapes, DVDs, TV programs, home equipment, treadmills, exercisewalking balls, and weight training using soup cans.
Dispositivos
<b>A_3</b>
use of informational motivators such as ... pedometers
use of informational motivators such as ... portable heart rate monitors
<b>A_108</b>
Additional to the self reporting of physical activity accelerometers were used as an objective control device
<b>A_13</b>
self-monitoring are important ... using an accelerometer
<b>A_37</b>
Physical exercise: ... If the exercise is walking or running, patients will receive a step counter.
<b>A_74</b>
Electronic resources
Strategies for adherence: Provide pedometers
<b>A_45</b>
All patients in the exercise group were given a pedometer as a motivational tool
<b>A_55</b>
mobile phones are considered to be a good tool for tracking physical activity in real time.
<b>A_59</b>
Pedometers (Digi-Walker, HJ-328-SHR, Omron Walking style), self-monitored exercise diaries, and an information booklet regarding exercise were given
<b>A_64</b>
An example of a tool to facilitate behavior is the use of innovative technology such as mobile phones with built-in, or in combination with, pedometers or accelerometers
<b>A_118</b>
step counts using a Garmin Vivofit 3 activity tracker
Walking program based on step counts (Garmin Vivofit 3 activity tracker).
<b>A_82</b>
... (um utilizou ) used pedometers
Ten (16%) studies assessed preintervention to postintervention physical activity objectively via accelerometers
<b>A_84</b>
to the walking intervention, patients were given a .... pedometer ... and asked to record daily step counts.

<b>A_123</b>
Further measures that were implemented to increase the patients' self-efficacy included self-monitoring with pedometers,
Documentos
<b>A_108</b>
Give education materials to the patient
<b>A_8</b>
Los participantes recibieron por escrito, con ilustraciones en un cuaderno, la estructura de cada sesión de trabajo
<b>A_22</b>
educational pack describing the benefits and side effects of physical activity [Suporte documental]
<b>A_39</b>
[Estratageias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... offering written materials.
<b>A_44</b>
[Intervenção inclui]providing the patient with the exercise program (as a brochure) at discharge;
<b>A_74</b>
Patient handout
Strategies for adherence: Provide a handout on specific instructions for exercise
<b>A_59</b>
Pedometers (Digi-Walker, HJ-328-SHR, Omron Walking style), self-monitored exercise diaries, and an information booklet regarding exercise were given
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.
<b>A_82</b>
or provided information booklets promoting physical activity behaviour change
Tecnologias de Informação e Comunicação
<b>A_2</b>
Exergames are video games that use a motion-based interface
<b>A_3</b>
As previously reported, the design utilizes an enjoyable approach through virtual reality (... using the Nintendo Wii Fit Plus; Nintendo of America, Redmond,WA, USA ),
<b>A_4</b>
Dialogue sessions and feedback on app and website
<b>A_46</b>
other forms of activity, such as exergames
<b>A_94</b>
A website was available to the participants with contact information for the investigators and links to education resources
Equipamentos
<b>A_74</b>
Home-based exercises were recommended such as treadmills,
Home-based exercises were recommended such as weight training using soup cans.
Home-based exercises were recommended such as exercisewalking balls
Home-based exercises were recommended such as home equipment
<b>A_60</b>
Strength training was low intensity ... Patients complete sets of up to 10 repetitions of 8 key exercise using milk bottles filled with gradually increasing volumes (thus weights) of water
<b>A_82</b>
and seven (11%) used resistance (Thera) bands

eight (13%) used free weights (i.e. dumbbells and barbells)
Ten (16%) trials used resistance machines
<i>Humanos</i>
Profissionais
<b>A_103</b>
Biweekly nurse telephone calls were used to ... provide personalized encouragement and feedback
the nurse coaching given during supervised exercise included the ... feedback
the nurse coaching given during supervised exercise included the encouragement.
<b>A_106</b>
Nurses were regarded as a major influence on the patients in terms of changing their perception of exercise behaviour.
<b>A_3</b>
Helpfulness and motivational support by nurses
<b>A_37</b>
maintaining regular contact with primary health care professionals for shared decision-making.
<b>A_28</b>
Patients should feel that they are supported by a team which is involved and committed, and that all health care providers involved aim for the same goals.
<b>A_39</b>
[Estratageias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... feedback,
<b>A_41</b>
The patients exercised three times a week in a structured, supervised setting.
<b>A_46</b>
At the same time, the nurse may be a good resource for answering questions regarding exercise or practicalities related to exercise (where, when, how, reimbursement, groups, etc.),
<b>A_74</b>
Strategies for adherence: Demonstration and return demonstration for home-based exercises
<b>A_55</b>
indicates that feedback on activity monitoring can successfully increase physical activity levels and lead to beneficial outcomes in the management of target diseases
<b>A_52</b>
benefit from informative support from health professionals on how to maintain exercise levels
<b>A_82</b>
mailed or emailed support
<b>A_123</b>
Participants recounted how they managed the overall challenge of their daily life with leg pain and how they were able to find their own strategies with the support of the rehabilitation team and their fellow patients:
how they were able to find their own strategies with the support of the rehabilitation team and their fellow patients:
<b>A_98</b>
the Home-Heart-Walk programme provides immediate feedback on individual's performance
<b>A_115</b>
available to provide advice and help with adapting the exercises in relation to their post-surgery mobility requirements.
Familia / Pessoa Significativa
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Social support for exercising by bringing exercise support person to the session
<b>A_39</b>
[Estratageias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including ... social support,

<b>A_74</b>
Strategies for adherence: Adjust to what is available and use friends, groups, walking buddy
Strategies for adherence: Increase family, school, and church involvement
Grupos de pares
<b>A_106</b>
The six variables [que influenciam a intervenção] ... interpersonal influences
<b>A_28</b>
[o Exercício] This could include walking or cycling, in locally organised groups
<b>A_46</b>
exercise groups
<b>Regime de Exercício</b>
<i>Particularidades do regime</i>
Ser concreto
<b>A_2</b>
Given all these factors, there is an important need for a behavioral physical activity program that personalizes the physical activity prescription based on individual fitness levels while maintaining high task self-efficacy and physical activity enjoyment for HNC patients with CRF after cancer treatment.
<b>A_106</b>
Perceived self-efficacy and activity-related affect were operationalized into actions, such as individualized exercise prescriptions, discussions on the positive experiences of home exercise, and acknowledging improvements in home exercise performance.
<b>A_3</b>
exercise was structured”
learning about walking”
<b>A_4</b>
the effect of tailored advise
<b>A_5</b>
The exercise prescription was individually tailored
<b>A_6</b>
tailored exercise prescription
<b>A_7</b>
adherence to physical activity prescriptions among patients with chronic disease are more likely to occur when they are individualized to the patient, initially supervised, and include both aerobic and strength components
tailored programs may optimize program adherence
<b>A_13</b>
[estratégias de intervenção] prescribed individualized activities
a programme that aims to increase or sustain the participants’ level of physical activity should be individualized.
<b>A_18</b>
offering feasible yet specific PA prescription and encouragement
<b>A_41</b>
The CR staff individualized the aerobic portion of the home exercise sessions based on what exercise equipment the patients had at home.
The patients exercised three times a week in a structured, supervised setting.
<b>A_60</b>
The exercise group received ... plus an exercise programme which commenced with three supervised exercise sessions to provide the patient with confidence and to plan an individualised exercise programme. This was followed by a home-based programme with home visits at 4, 10 and 20 weeks, telephone support at 6, 15 and 24 weeks and a manual.
<b>A_84</b>
[outros] study may have been more successful with a personalized exercise prescription because they would have felt a greater sense of control and accomplishment
<b>A_88</b>

exercise guidelines and adhere to the intervention programme among breast cancer patients who received tailored counselling.
<b>A_113</b>
treatment plans and a viewable care plan
<b>A_119</b>
the nurse actively demonstrated the exercises because it helped to clarify what they needed to do and how, coupled with explanations about their current and future benefit
Preferências da pessoa
<b>A_2</b>
perceived self-efficacy and perceived physical activity enjoyment, were considered in the perExergame prescription
<b>A_106</b>
The six variables [que influenciam a intervenção] ... commitment to a plan of action.
Perceived self-efficacy and activity-related affect were operationalized into actions, such as individualized exercise prescriptions, discussions on the positive experiences of home exercise, and acknowledging improvements in home exercise performance.
<b>A_3</b>
Enjoyed the plan/structure of the program
enjoyed walking and balance games and corresponding “can do” feeling
<b>A_4</b>
Agree goal setting daily physical activity
<b>A_1</b>
recomendações devem atender às necessidades e expectativas das pessoas e, sobretudo, serem estabelecidas em comum acordo.
<b>A_13</b>
recommendations for activities and the frequency, intensity and duration of activities should be based ... their thoughts about the choice of an activity and their individual activity goals must be considered.
recommendations for activities and the frequency, intensity and duration of activities should be based on participants' previous
<b>A_117</b>
the recommendations to be achieved during the intervention were agreed upon with each patient.
<b>A_128</b>
Exercise prescriptions should be designed according to the individual differences of patients, living habits, living environment, social background, economic status, etc.,
Autoeficácia percebida
<b>A_2</b>
ratings on behavioral parameters, perceived self-efficacy and perceived physical activity enjoyment, were considered in the perExergame prescription
<b>A_108</b>
self-efficacy towards behaviour change
<b>A_123</b>
[Importancia de grupos de pares no exercicio] Another part of being “in the same boat” was the patients' awareness of the fact that there was usually no rehabilitation program provided for them as patients with IC,
Further measures that were implemented to increase the patients' self-efficacy included self-monitoring with pedometers,
<b>A_117</b>
In the third visit ... progress was positively reinforced.
Motivação
<b>A_3</b>
Helpfulness and motivational support by nurses
program provided motivation
<b>A_108</b>
Discuss motivation
Definição e Revisão de metas
<b>A_106</b>

In the current programme, mutual goal setting and action plans were interventions devised to reinforce the patients' commitment to a plan of action and actual engagement in home exercise.
<b>A_108</b>
goals were set tailored to the individual patient needs and opportunities
to set and evaluate goals early in the process
<b>A_4</b>
Review and/or reconsideration of previously set goals
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Evaluation of alternatives
[Sessões de grupo sobre]: Review goal setting
<b>A_13</b>
self-monitoring are important
The goal should be difficult enough that it is challenging, but it should also be possible to achieve.
<b>A_22</b>
[Prescrição da intervenção é acompanhada de] weekly goals set collaboratively
<b>A_39</b>
[Estratégias de intervenção] A wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including goal setting,
<b>A_41</b>
intervention includes ... graphic feedback (Graphic feedback is designed to help patients recognize the relation between exercise goals and actual performance, and it can help the patient understand the need to change behavior.)
intervention includes goal setting (Goal setting is an established strategy with which to support exercise adherence, and feedback on past performance is needed to understand progress in exercise training)
The CR staff set weekly exercise goals for frequency (number of sessions/week) and duration (number of aerobic minutes per session).
<b>A_55</b>
indicates that feedback on activity monitoring can successfully increase physical activity levels and lead to beneficial outcomes in the management of target diseases
<b>A_59</b>
Information recorded in their diaries included the number of steps and distance walked, exercise duration time, pulse rate, blood pressure, Borg Scale value, and signs of exercise intolerance for each day that they exercised; they also indicated whether they performed the 14-type joint exercises.
<b>A_64</b>
activity results, barriers, facilitators, and the creation of new PA habits were discussed, and some participants reconsidered their activity goal.
<b>A_60</b>
This was monitored with home training diaries.
<b>A_118</b>
Individualized goal setting and evaluation.
<b>A_82</b>
incorporated into the intervention individual or small group meetings designed to outline goals and provide feedback on participants' progress
Topics covered in the psychobehavioural component included goal setting, barriers to and benefits of physical activity, physical activity adherence monitoring and safety, behaviour reinforcement, and symptom management.
<b>A_79</b>
The exercises were reviewed and progressed to higher intensity or more repetitions
<b>A_123</b>
Further measures that were implemented to increase the patients' self-efficacy included patients setting goals for daily physical activity.
Further measures that were implemented to increase the patients' self-efficacy included self-monitoring with pedometers,
<b>A_56</b>
[A consulta de follow-up] intervention was designed to help improve problem solving, goal setting, and self-monitoring
Atividades diárias

<b>A_13</b>
recommendations for activities and the frequency, intensity and duration of activities should be based on participants' ... existing activity habits
<b>A_74</b>
Incorporate exercise in everyday activities
Incorporate exercise in farm
Incorporate exercise in yard work
Strategies for adherence: Incorporate exercise into activities of daily living
<b>A_45</b>
Factors considered in determining the type of program appropriate for a given patient included work schedules, availability of facilities, distance patients lived from the training center, and the traffic that they encountered
<b>A_98</b>
... recommend 30 minutes of moderate activity (such as brisk walking) most days of the week. These activities can be accomplished in a single session or accumulated in multiple bouts, with each lasting at least eight to 10 minutes. Importantly, it is said that these activities include leisure, occupational or household activities that are part of everyday life
Flexível
<b>A_37</b>
Physical exercise: Moderate aerobic exercise will be prescribed according to the patient's condition.
<b>A_74</b>
Strategies for adherence: Start small such as walking around the block or to the mailbox
<b>A_98</b>
... recommend 30 minutes of moderate activity (such as brisk walking) most days of the week. These activities can be accomplished in a single session or accumulated in multiple bouts, with each lasting at least eight to 10 minutes. Importantly, it is said that these activities include leisure, occupational or household activities that are part of everyday life
Resolução de problemas
<b>A_106</b>
The exploration of potential barriers to exercise and problem solving refer to strategies aimed at decreasing the barriers to exercise as perceived by the patients.
<b>A_7</b>
To date, interventions designed to change health behaviors primarily have been built on a single theory—most often, self-efficacy, health belief, stages of change, problem solving, or relapse prevention.
<b>A_111</b>
[Sessões de grupo sobre]: Analyze personal efforts to ... effectiveness of relapse strategies
[Sessões de grupo sobre]: Develop relapse prevention strategies - Discuss preexisting coping abilities
[Sessões de grupo sobre]: Develop relapse prevention strategies - Recognizing high-risk situations
[Sessões de grupo sobre]: Self-evaluation of exercise patterns: Troubleshooting
The CHANGE intervention consists of teaching individuals problem-solving skills ... to support exercise maintenance.
<b>A_102</b>
os participantes desenvolviam até três planos de enfrentamento de obstáculos, para superar barreiras previamente antecipadas
<b>A_39</b>
wide variety of techniques or strategies and combinations of techniques or strategies were employed, including goal setting, self monitoring, feedback, problemsolving
<b>A_41</b>
intervention includes ... guidance from the provider in solving problems.
<b>A_74</b>
Strategies for adherence: Discuss and problem-solving challenges in rural environment, such as extreme weather conditions and transportation
<b>A_55</b>
[A consulta de follow-up] intervention was designed to help improve problem solving, goal setting, and self-monitoring
<b>A_123</b>

how they were able to find their own strategies with the support of the rehabilitation team and their fellow patients:
Momento de Iniciação
<b>A_46</b>
In-hospital initiation of exercise [Após evento crítico]
Adequação a meteorologia
<b>A_30</b>
“which prescribed the exercise according to the season: walking outdoors in summer and pool-based exercise in winter” (A_30)
<b>Exercício</b>
(em branco)
<b>A_2</b>
aerobics, strength training, flexibility training (eg, yoga), and balance
<b>A_103</b>
The home walking prescription instructed patients to walk at least four times per week for a minimum of 20 minutes per session at their maximum pace so that they felt at the end of the walk that they could not have gone farther
<b>A_106</b>
[Prescrição inclui] ... frequency
[Prescrição inclui] ... intensity
[Prescrição inclui] ... the recommended duration
[Prescrição inclui] modality of the exercises
<b>A_108</b>
Physical activity prescriptions consisted of walking in periods of at least 10 min, aiming at 30 min for at least five days a week and conducting leg exercises daily
<b>A_5</b>
Exercise modalities included treadmill, upright bike, recumbent bike, elliptical, and rower.
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: STRENUOUS EXERCISE HEART BEATS RAPIDLY) (e.g., running, jogging, hockey, football, soccer, squash, basketball, cross country skiing, judo, roller skating, vigorous swimming, vigorous long distance bicycling)
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: MODERATE EXERCISE (NOT EXHAUSTING) (e.g., fast walking, baseball, tennis, easy bicycling, volleyball, badminton, easy swimming, alpine skiing, popular and folk dancing)
Godin Leisure Time Exercise Questionnaire: MILD/LIGHT EXERCISE (MINIMAL EFFORT) (e.g., yoga, archery, fishing from river bank, bowling, horseshoes, golf, snow-mobiling, easy walking
<b>A_6</b>
60 min were prescribed
The program consists of 20-30 min of cardiovascular exercise 2-3 times per week (40-90 min per week) and 10-15 min of strengthening 2-3 times per week (20-45 min per week) with an intensity of self-reported
<b>A_7</b>
aerobic exercise program,
the exercise prescriptions varied in duration, intensity and complexity.
<b>A_8</b>
actividad aeróbica se indicó en cinta o bicicleta
al menos tres sesiones semanales [30 minutos] de un conjunto de ejercicios de resistencia aeróbica, fuerza segmentaria de miembros superiores e inferiores, elongación y estiramiento.
la fuerza segmentaria de miembros superiores e inferiores se recomendaron 6 a 8 ejercicios (3-4 de brazos y 3-4 de piernas), estimándose un 60% de la carga inicial de una prueba de repeticiones múltiples
<b>A_111</b>
1½-hour long sessions held once a week during the final 3 weeks of their CR program, and at 1 and 2 months following their completion of the CR program
<b>A_13</b>
recommendations for activities and the frequency, intensity and duration of activities
<b>A_102</b>
Os participantes receberam instruções [exercício] ... andar de bicicleta
Os participantes receberam instruções [exercício] ... realizar caminhada moderada

Os participantes receberam instruções [exercício] 30 minutos, três vezes por semana.
<b>A_37</b>
Physical exercise: ... If the exercise is walking or running, patients will receive a step counter.
<b>A_28</b>
[o Exercício] This could include walking or cycling, in locally organised groups
dancing, going to the gym or swimming [Tipos de exercício]
<b>A_30</b>
aerobic exercises, walking is a moderate intensity activity, easy and adaptable to the selfmanagement of fibromyalgia
the combinations with other activities may result in better adherence to walking than those that are only-walking exercise.
There was a wide variability among the 32 experimental groups in exercise prescription: ... frequency (from 1 to 4 times per week)
There was a wide variability among the 32 experimental groups in exercise prescription: ... intensity of activity (from 55 to 80% of different ways to measure Heart Rate),
There was a wide variability among the 32 experimental groups in exercise prescription: duration of walking exercise (from 5 to 45 min),
which prescribed the exercise according to the season: walking outdoors in summer and pool-based exercise in winter
<b>A_39</b>
Exercise duration
Exercise energy expenditure - (kcal/week),
Exercise frequency
The characteristics of exercise– frequency, intensity, duration, type, and volume (dose: intensity × duration) are very important for the management of cardiovascular health
<b>A_41</b>
patients were instructed to do aerobic exercises two to three times a week at home
The CR staff set weekly exercise goals for frequency (number of sessions/week) and duration (number of aerobic minutes per session).
The intensity of the aerobic phase was maintained at a level of 12-14 rated perceived exertion (WE) on the Borg scale
The patients exercised three times a week in a structured, supervised setting.
<b>A_42</b>
... then move in place for another 5 minutes including [Exercício Aerobicos ]Heel Jacks, Rocking Horse, Elbow to Knee, Jump Jack, Cossack Shuffle, Cross-Country Ski and Four Square Waltz Step
Cool down: Repeat walk moves, squat and stand, as well as hug and pat
Flexibility training: Twenty-four sets of stretching and flexibility exercises in neck, trunk, shoulders, and pelvic with 10-15 repetitions for each exercise
Lower body training: Exercise by using the wall for support, including 17 sets of exercises in hips, knees, ankles and toes with 10-15 repetitions of each exercise
The aquatic programme consists of warm up, flexibility and strength training, and cool down
Upper body training: Twelve sets of exercises for arms, elbows, wrists, hands and fingers, with 10-15 repetitions of each exercise
Warm up: Walk, march and sidestep with variations in moving directions, arm movements, and by alternatively lifting the bent knee or lifting the straight leg like a toy soldier
Exercise participants received a 50-minute aquatic exercise class 3 days a week on alternative days
<b>A_46</b>
At the same time, the nurse may be a good resource for answering questions regarding exercise or practicalities related to exercise (where, when, how, reimbursement, groups, etc.),
referral to cardiac rehabilitation programmes
<b>A_61</b>
Home walking prescription and daily log: Patients were instructed to walk at least 4 times per week for a minimum of 20 minutes per session at their maximum pace so that they felt at the end of the walk that they could not have gone farther
<b>A_74</b>
biking,
Cardiac rehab
Dance
hiking,

kayak,
Pool exercises–swimming
Pool exercises–water walking
Pulmonary rehab
skiing,
Sport classes
Tai Chi
Water aerobics
Winter sports,
Yoga,
<b>A_45</b>
Patients warmed up for 5 minutes, exercised approximately 40 minutes at their target heart rate, performed 10 minutes of strength training, and 5-10 minutes of stretching.
Patients would do a variation of the following modalities- treadmill, elliptical, stationary bike, Nustep machine, and seated rowing machine.
<b>A_55</b>
encouraging a daily minimum of 30 minutes of moderate-intensity (such as brisk walking) physical activity
<b>A_59</b>
exercise mode included daily activities and walking
The final goals of the walking protocol are composed of 5 minutes of slow walking (warm-up), 20-30 minutes of brisk walking, and 5 minutes of slow walking (relaxation).
<b>A_60</b>
Strength training was low intensity ... Patients complete sets of up to 10 repetitions of 8 key exercise using milk bottles filled with gradually increasing volumes (thus weights) of water
Targets were set weekly for the duration and frequency of walks, which largely depended on an individual's baseline exercise capacity
The home programme was predominantly aerobic training based largely on progressive walking with self-completion activity logs.
<b>A_118</b>
The first component was group-based exercise (mainly progressive resistance training) twice weekly in sessions of 60 minutes. The progressive resistance training program consisted of seven exercises targeting all major muscle groups.
Balance and flexibility exercises (e.g., walking with changing directions, walking on toes and heels, or balance board).
body awareness exercises, and stretching
chest press, abdominal crunch, leg press, leg curl, leg extension, lower back, and low row.
Relaxation (~10min), e.g., body awareness exercises, and stretching.
stationary bicycling
Walking program based on step counts (Garmin Vivofit 3 activity tracker).
Warm up (~15min): light CVT (e.g., stationary bicycling or relay games).
<b>A_82</b>
Investigators in these studies described the intensity of all yoga interventions as moderate, gentle intensity, light intensity.
... qigong and tai chi interventions ... had a duration of 8 weeks and 12 weeks
12 (19%) trials reported subjective intensity of the intervention (low to moderate, moderate, or moderate-to-vigorous intensity)
Among 48 (76%) trials that consisted of aerobic physical activity, 13 provided walking only
as walking (Knols 2010), yoga (Cramer 2013), dance (Bradt 2011), or resistance training
Duration of aerobic activity ranged between 10 and 90 minutes. Twenty-four (38%) trials included aerobic activity sessions with duration of 30 minutes or greater
Duration of resistance training sessions ranged between 15 and 90 minutes, with 11 studies reporting duration of 30 to 60 minutes
Duration of sessions ranged from 15 minutes to longer than 95 minutes, with a modal duration of 60 minutes
Eight studies (13%) included a yoga only arm
four (6%) set percentage of target heart rate using the Karvonen method (Karvonen target heart rate range 35% to 80%)

Frequency (number of days per week) of physical activity ranged from two days to seven days per week, with most studies providing physical activity at least three days per week
Frequency of interventions with resistance training ranged between two and five days, with a modal frequency of three days
Frequency of yoga practice ranged between two and seven sessions per week ...
Light-to-moderate-intensity qigong and tai chi interventions
one (2%) study set intensity as heart rate at the intensity of activity that elicits a blood lactate concentration of 2 to 3 mmol
one study provided each of the following intervention arms: pilates only, tai chi only, and qigong (similar to tai chi) only
Other aerobic intervention modes involved arm ergometer exercise (McKenzie 2003), cycling only (Courneya 2003; Herrero 2006), deep water running (Cuesta-Vargas 2014), deep water aquatic exercise (Cantarero-Villanueva 2013), Greek dance (Kaltsatou 2011),
qigong and tai chi interventions ... a frequency of three sessions per week
seven (11%) studies used rate of perceived exertion (RPE; range 10 to 16)
Seventeen (27%) trials set intensity according to percentage of maximum heart rate (%HRmax range 40% to 80%)
The number of resistance exercises ranged between four and 12, with a modal exercise number of nine
The number of sets per resistance exercise ranged from one to four
the only pilates intervention, which consisted of three 50-minute sessions per week performed within an RPE intensity range of 9 to 14 for eight weeks.
three (5%) studies used percentage of directly measured maximal oxygen uptake (% VOKmax range 45% to 75%)
Twenty-eight (44%) trials consisted of an aerobic activity-only condition
Twenty-one (33%) trials involved an intervention arm that combined aerobic activity and resistance training
yoga session duration ranged between 20 and 90 minutes
<b>A_84</b>
Participants were advised to reach a goal of a minimum of 10,000 steps per day, which is equivalent to approximately 5 miles of walking
yard work in addition to intentional aerobic exercises such as walking or jogging and leisure activities such as bicycling, golfing, and bowling
<b>A_79</b>
series of seated and standing stretches, followed by balance and stepping activities, aerobic dance moves to music, and a final cool down.
The intervention consisted of group exercises three times a week for an hour,
<b>A_94</b>
Aerobic exercise included walking on the treadmill and use of a bike and elliptical trainer. Duration for aerobic sessions was 30 minutes at an intensity of 11-12 on the Borg rating of perceived exertion (RPE).
The exercise protocol included three aerobic sessions and two resistance sessions per week
<b>A_125</b>
Combined exercise (aerobic and resistance exercise) was the most common intervention mode
<b>A_123</b>
To increase or sustain daily physical exercise at a level of at least 30 min/day
<b>A_98</b>
activity of the Home-Heart-Walk is selfpaced walking, which is very simple and low in intensity
<b>A_117</b>
15. Be physically active: take a brisk walk, ride a bicycle, dance, swim, etc. for at least 20 to 60 minutes a day, 3 to 5 days a week
<b>A_128</b>
Square dance
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as cycling,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as fitness gymnastics,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as fitness walking
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as jogging,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as running combined,

The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as swimming,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as various ball games,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as various types of boxing,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as walking,
The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as walking, fitness walking, jogging, walking and running combined, cycling, swimming, various types of boxing, fitness gymnastics, and various ball games.
<b>A_83</b>
A person can talk during a moderate intensity physical activity but singing is not possible; during a vigorous intensity physical activity a person needs to take a pause to take a breath before he or she can continue talking (HHS, 2008).
<b>A_124</b>
Subgroups for exercise mode were aerobic, resistance, combined (mixed-mode) or other. Any form of exercise that was not aerobic or resistance was considered 'other exercise' (e.g., yoga).
<b>Guideline / Evidência</b>
(em branco)
<b>A_2</b>
a Personalized Exergame Prescription Guideline was used to decide on the types (modes) of exergames, intensity (perceived exertion), frequency (times per week), and duration (numbers of exergames for each time) in the perExergame prescription.
<b>A_106</b>
aerobic exercises for 30 minutes at least 3-4 times per week, strength exercises twice a week, and flexibility exercises every day
<b>A_3</b>
American College of Sports Medicine guidance, the current study gradually increases the duration of exercise during the initiation of exercise over the first 4 to 6 weeks with an increase in duration of 5 to 10 minutes every 1 to 2 weeks.
<b>A_4</b>
at least 30 minutes of moderate activity five days a week
<b>A_5</b>
150 minutes of moderate-intensity aerobic exercise in three training sessions per week (50 minutes per session)
<b>A_7</b>
Physical Activity Guidelines of a minimum of 150min of moderate-intensity aerobic activity per week
<b>A_111</b>
American Heart Association (AHA) recommend that following cardiac events, individuals should exercise at an aerobic level for at least 20 to 30 minutes at least three times per week [1].
<b>A_20</b>
physical activity guidelines (150 minutes of moderate intensity physical activity per week)
<b>A_37</b>
Physical exercise: ... Generally, moderate exercise for 50 to 60minutes on 5 to 7 days a week will be recommended.
<b>A_28</b>
an intervention to result in one of them starting to exercise for 30 minutes a day, with at least moderate intensity, on a minimum of five days a week
tailored exercise programme is designed, based on the patient's caloric expenditure
<b>A_47</b>
to the recommendations of the ADA, adults with diabetes should be advised to perform at least 150 min/week of moderate-intensity aerobic physical activity (50%-70% of maximum heart rate), spread over at least 3 days/week with no more than 2 consecutive days without exercise along with weight training exercises.
<b>A_74</b>
following physical activity recommendations: moderate-intensity physical activities for at least 30 min for 5 or more days of the week
Older adults are recommended to engage in moderate-intensity aerobic physical activity for a minimum of 30 min for 5 days each week and perform exercises that maintain or increase muscular strength and endurance for a minimum of 2 days each week
vigorous-intensity physical activity three or more days per week for 20 or more minutes per occasion

<b>A_45</b>
A comparatively ambitious goal of 2,000 kcals/week of energy expenditure (approximately 1 hour of moderate activity per day) was recommended
These recommendations were in accordance with the American College of Sports Medicine guidelines of 30-60 minutes of moderate activity 5- 7 days per week
<b>A_55</b>
All participants were advised to walk aiming at the consumption of a minimum of 150 kcal per day, which was set based on the standard recommendations for metabolic syndrome
<b>A_59</b>
Exercising for 5 days per week, aswell as achieving the aimed intensity, was considered 100% adherence
<b>A_60</b>
[objetivo de ejercicio é] 20 to 30 minutes of walking 5 times a week after 10 weeks of rehabilitation.
<b>A_82</b>
Five studies gave participants a goal total number of minutes of physical activity to achieve each week (90 minutes/week, Ligibel 2008; 150 minutes/week, Irwin 2015; Rogers 2009; Rogers 2015; 150 to 180 minutes/week, Duijits 2012).
Frequency (number of days per week) of physical activity ranged from two days to seven days per week, with most studies providing physical activity at least three days per week
<b>A_98</b>
... recommend 30 minutes of moderate activity (such as brisk walking) most days of the week. These activities can be accomplished in a single session or accumulated in multiple bouts, with each lasting at least eight to 10 minutes. Importantly, it is said that these activities include leisure, occupational or household activities that are part of everyday life

## Anexo IX - Dimensões da prescrição de intervenções de exercício



Código	Tipo de Exercício	Duração do Exercício	Frequência do Exercício	Intensidade do Exercício
A_2	X			
A_102	X	X	X	X
A_103	X	X	X	x
A_108	X	X	X	
A_28	X			
A_37	X		X	
A_41	X		x	X
A_42	X			
A_45	X	X		X
A_5	X			
A_55	X	X	X	X
A_59	X	X		
A_6	X	X	X	X
A_74	X			
A_84	X		X	
A_123		X	X	
A_61	X	X	X	X
A_7	X			
A_79	X	X	X	
A_8	X	X	X	
A_94	X	X	X	X
A_60	X	X	X	X
A_128	X			X
A_118	X	X	X	
A_117	X	X	X	



## Anexo X - Descrição do regime de exercício agregado por dimensão do exercício



Tipo de Exercício:

Código	Aeróbico	Força muscular	Outros Exercícios
A_2	aerobics	strength training	flexibility training (yoga) balance
A_102	Bicicleta ou caminhada		
A_103	home walking		
A_108	walking	leg exercises	
A_28	walking or cycling, dancing, going to the gym or swimming		
A_37	exercise is walking or running		
A_41	aerobic exercise		
A_42	aquatic exercise class (... ) move in place for another 5 minutes including [Exercicio Aerobicos ]Heel Jacks, Rocking Horse, Elbow to Knee, Jump Jack, Cossack Shuffle, Cross-Country Ski and Four Square Waltz Step”; walk moves, squat and stand; Walk, march and sidestep with variations in moving directions, arm movements, and by alternatively lifting the bent knee or lifting the straight leg like a toy soldier	Lower body training: Exercise by using the wall for support, including 17 sets of exercises in hips, knees, ankles and toes with 10-15 repetitions of each exercise Upper body training: Twelve sets of exercises for arms, elbows, wrists, hands and fingers, with 10-15 repetitions of each exercise	Twenty-four sets of stretching and flexibility exercises in neck, trunk, shoulders, and pelvic with 10-15 repetitions for each exercise
A_45	Patients would do a variation of the following modalities- treadmill, elliptical, stationary bike, Nustep machine, and seated rowing machine. Patients warmed up for 5 minutes, exercised approximately 40 minutes at their target heart rate	10 minutes of strength training	
A_5	Exercise modalities included treadmill, upright bike, recumbent bike, elliptical, and rower.		
A_55	brisk walking		
A_59	exercise mode included daily activities and walking		
A_6	cardiovascular exercise	strengthening	
A_74	biking, Dance, hiking, kayak, Pool exercises–swimming, Pool exercises–water walking, skiing, Sport classes, Tai Chi, Water aerobics, Winter sports, Yoga,		
A_84	advised to reach a goal of a minimum of 10,000 steps per day, which is equivalent to approximately 5 miles of walking yard work walking or jogging and leisure activities such as bicycling, golfing, and bowling;		
A_61	Walking		
A_7	aerobic exercise	strength components	
A_79	stepping activities, aerobic dance moves to music		Series of seated and standing stretches Balance
A_8	actividad aeróbica se indicó en cinta o bicicleta conjunto de ejercicios de resistencia aeróbica,	la fuerza segmentaria de miembros superiores e inferiores se recomendaron 6 a 8 ejercicios (3-4 de brazos y 3-4 de piernas), estimándose un 60% de la carga inicial de	Elongación y estiramiento.

Código	Aeróbico	Força muscular	Outros Exercícios
		una prueba de repeticiones múltiples	
A_94	Aerobic exercise included walking on the treadmill and use of a bike and elliptical trainer.	The exercise protocol included resistance sessions	
A_98	Walking		
A_60	programme was predominantly aerobic training based largely on progressive walking	Strength training was low intensity ... Patients complete sets of up to 10 repetitions of 8 key exercise using milk bottles filled with gradually increasing volumes (thus weights) of water	
A_128	The mode of exercise for diabetic patients is mainly low-intensity aerobic endurance sports, such as walking, fitness walking, jogging, walking and running combined, cycling, swimming, various types of boxing, fitness gymnastics, and various ball games.		
A_118	stationary bicycling  Walking program based on step counts	progressive resistance training (chest press, abdominal crunch, leg press, leg curl, leg extension, lower back, and low row)	Balance and flexibility exercises body awareness exercises, and stretching
A_117	brisk walk, ride a bicycle, dance, swim		

#### Frequência do exercício:

Código	Dias por semana
A_102	Três vezes por semana
A_103	at least four times per week
A_108	at least five days a week (caminhada) / daily (Exercícios de perna)
A_41	two to three times a week
A_55	Daily
A_6	2-3 times per week
A_84	per day
A_123	Daily
A_61	4 times per week
A_79	exercises three times a week
A_8	al menos tres sesiones semanales
A_94	The exercise protocol included three aerobic sessions and two resistance sessions per week
A_60	Targets were set weekly for the ... frequency of walks
A_118	twice weekly
A_117	3 to 5 days a week
A_42	3 days a week on alternative days

### Duração do Exercício:

Código	Minutos
A_102	30 minutos
A_103	minimum of 20 minutes per session
A_108	in periods of at least 10 min, aiming at 30 min
A_55	minimum of 30 minutes
A_59	walking protocol are composed of 5 minutes of slow walking (warm-up), 20-30 minutes of brisk walking, and 5 minutes of slow walking (relaxation).
A_6	20-30 min of cardiovascular exercise (40-90 min per week) 10-15 min of strengthening (20-45 min per week)
A_123	at least 30 min/day
A_61	minimum of 20 minutes per session
A_8	30 minutos
A_79	an hour,
A_94	Duration for aerobic sessions was 30 minutes
A_60	Targets were set weekly for the duration ... of walks
A_118	in sessions of 60 minutes
A_117	at least 20 to 60 minutes a day,
A_42	50-minute

### Intensidade do exercício:

Código	Intensidade
A_103	their maximum pace so that they felt at the end of the walk that they could not have gone farther
A_41	maintained at a level of 12-14 rated perceived exertion (WE) on the Borg scale
A_45	exercised approximately 40 minutes at their target heart rate
A_55	moderate-intensity
A_6	intensity of selfreported
A_61	at their maximum pace so that they felt at the end of the walk that they could not have gone farther
A_94	an intensity of 11-12 on the Borg rating of perceived exertion (RPE).
A_98	low in intensity
A_60	low intensity
A_128	low-intensity



## Anexo XI - Outros recursos para as intervenções



Por tipologia:

Código	Equipamentos	Diários	Vídeos	TIC	Documentos	Dispositivos
A_60	X	X			X	
A_74	X		X		X	X
A_82	X				X	X
A_103		X				
A_111		X				
A_13		X				X
A_3		X				X
A_61		X				
A_59		X			X	X
A_64						X
A_84		X				X
A_123		X				X
A_106			X			
A_4				X		
A_2				X		
A_3				X		
A_46				X		
A_108					X	X
A_22					X	
A_39					X	
A_44					X	
A_37						X
A_45						X
A_118						X
A_55						X

Equipamentos:

Código	Equipamento	UR
A_60	Pesos	exercise using milk bottles filled with gradually increasing volumes (thus weights) of water
A_74	Pesos	home equipment;
A_74	Passadeira	treadmills
A_74	Bolas de exercício	Exercise walking balls
A_74	Pesos	using soup cans.
A_82	Bicicletas estáticas e passadeiras	resistance machines
A_82	Pesos	free weights (i.e., dumbbells and barbells)
A_82	Elásticos de exercício	resistance (Thera) bands

