
FISIOTERAPIA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Orientações para a avaliação e intervenção

Aprovado em CD

Ana Isabel Vieira, Graça Vilar, João Casaca e Maria Leonor Madureira

Ficha Técnica

Título: Sumário Executivo -FISIOTERAPIA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL. Orientações para a avaliação e intervenção

Autoria - Grupo de Trabalho constituído por:

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD, I.P.)

Graça Vilar, Médica Psiquiatra, Diretora do Departamento de Intervenção Integrada (DII) - ICAD

Leonor Madureira, Fisioterapeuta, Título de Especialista em Fisioterapia, ICAD e Docente convidada na ESSAlcoitão

ESSAlcoitão – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Ana Isabel Vieira, Fisioterapeuta, Doutorada em Ciências da Saúde, Docente na ESSAlcoitão

João Casaca, Fisioterapeuta, Doutorado em Neurociências, Docente na ESSAlcoitão

ISBN:

DOI:

EDIÇÃO: Lisboa, 2025

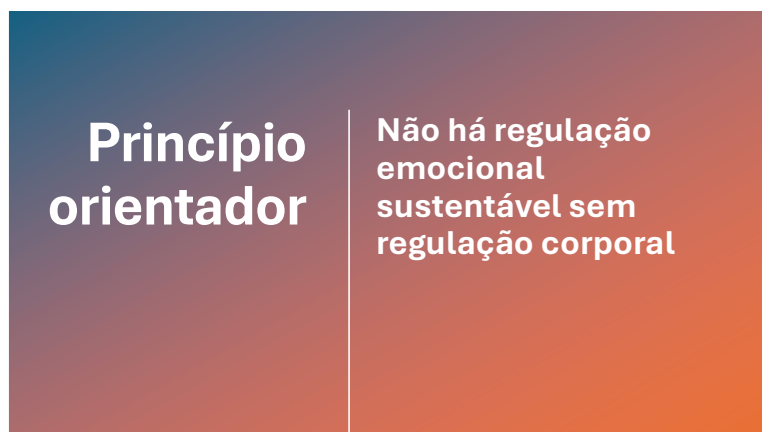
Índice

1. Introdução.....	4
2. As competências do fisioterapeuta.....	6
3. Proposta de um modelo de prática.....	10
3.1. Exame subjetivo	10
3.2. Exame físico.....	14
3.3. Avaliação	20
3.4. Diagnóstico em Fisioterapia e prognóstico funcional.....	21
3.5. Objetivos	21
3.6. Intervenção	22
3.6.1. Estimulação Sensorial pelo Toque Afetivo.....	23
3.6.2. Estimulação Multissensorial Simultânea.....	25
3.6.3. Toque Social e utilização de Objetos Mediadores da Relação Terapêutica	25
3.6.4. Mobilização Passiva Lenta.....	27
3.6.5. Terapia de Relaxamento e o Mindfulness	28
3.6.6. Atividade Física, Exercício e Saúde Mental: evidência e implicações para a Fisioterapia	29
Anexos	36
Anexo 1 – Balanço Dinâmico – modulo 8 – protocolo de avaliação da Motricidade	36
Anexo 2- Questionário de Toque Social	46
Anexo 3 - Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interocetiva.....	48
Anexo 4 - Exemplo de protocolos de técnicas de relaxamento e de <i>mindfulness</i>	51

1. Introdução

A fisioterapia em saúde mental constitui uma área de intervenção especializada que reconhece o corpo como um espaço central de expressão, regulação e recuperação do sofrimento psíquico. No contexto da doença mental, o fisioterapeuta atua sobre os processos psicomotores, funcionais e relacionais, integrando o movimento, o exercício, a consciência corporal e a regulação fisiológica como instrumentos terapêuticos fundamentais. Tem como base alguns modelos de referência, tais como, modelo SCECS (Queixas Somáticas, Cognitivas, Emocionais, Comportamentais e Sociais), o modelo do movimento dos 4 elementos (amplitude articular, força, energia e controlo motor), a classificação internacional de funcionalidade (CIF) e o modelo de intervenção designado “Fisioterapia cognitivo-comportamental”.

Este eBook foi desenvolvido como um documento de orientação clínica para fisioterapeutas que trabalham com pessoas com doença mental, com particular enfoque nas perturbações por uso de substâncias e nos comportamentos aditivos, no contexto específico da prática clínica do ICAD. Parte-se do pressuposto de que estas condições não podem ser compreendidas nem tratadas de forma exclusivamente biomédica ou comportamental, exigindo uma abordagem biopsicossocial, integrada e centrada na pessoa.

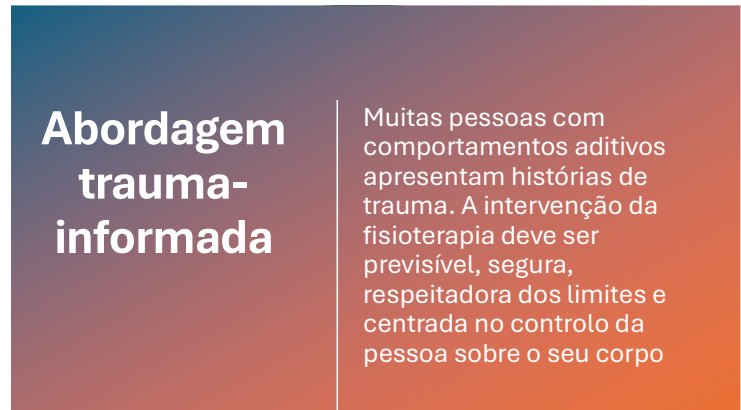


As perturbações aditivas associam-se frequentemente a alterações significativas da regulação emocional, do esquema corporal, da perceção interoceptiva, da motricidade, do sono, da tolerância ao esforço e da capacidade de autorregulação fisiológica. Estas alterações manifestam-se no corpo antes, durante e após o consumo, bem como nos períodos de abstinência, recaída ou tratamento, tornando a intervenção fisioterapêutica particularmente relevante.

Neste contexto, a fisioterapia em saúde mental assume como objetivos centrais:

- promover a reconexão corpo–mente;
- apoiar processos de regulação emocional e autonómica;

- melhorar a funcionalidade física e psicomotora;
- reduzir estados de hiperativação ou hipoativação fisiológica;
- contribuir para a autonomia, autoconsciência e participação ativa da pessoa no seu processo terapêutico.



Este eBook tem como base conceptual e científica o manual Fisioterapia em Condições de Saúde Mental (Vieira et al., 2024), adaptando os seus princípios ao contexto específico das perturbações aditivas e à realidade institucional do ICAD. Não pretende constituir um manual exaustivo ou normativo, mas sim um guia prático e reflexivo, que apoie o raciocínio clínico do fisioterapeuta e a tomada de decisão em contextos complexos.

A abordagem aqui proposta valoriza:

- o corpo como mediador terapêutico;
- a relação terapêutica como elemento estruturante da intervenção;
- a necessidade de práticas trauma-informadas;
- a articulação com equipas multidisciplinares;
- o respeito pelos limites éticos e pelo âmbito profissional da fisioterapia.

Ao longo do eBook, serão apresentados princípios, enquadramentos conceptuais e propostas de intervenção que reconhecem a pessoa com perturbação aditiva para além do comportamento de consumo, integrando a sua história corporal, emocional e relacional.

2. As competências do fisioterapeuta

A intervenção do fisioterapeuta em saúde mental exige um conjunto de competências específicas que vão além do domínio técnico do movimento e da função física. No contexto da doença mental — e, em particular, das perturbações por uso de substâncias e comportamentos aditivos — o fisioterapeuta é chamado a intervir sobre alterações complexas da regulação corporal, emocional e comportamental, frequentemente associadas a trajetórias de vulnerabilidade, trauma e exclusão social.

Este capítulo sintetiza as principais dimensões de competências do fisioterapeuta em saúde mental, orientando-as para a prática clínica com pessoas com comportamentos aditivos, valorizando uma abordagem biopsicossocial, ética, relacional e integrada em equipa multidisciplinar.

Competências técnico-científicas

O fisioterapeuta em saúde mental deve demonstrar domínio científico sobre:

- os efeitos da doença mental e dos comportamentos aditivos no funcionamento corporal, psicomotor e fisiológico;
- as alterações do tônus, da postura, da respiração, do ritmo, da coordenação e da perceção corporal associadas ao consumo, à abstinência e à recaída;
- os princípios da regulação autonómica, da neuroplasticidade e da relação corpo–emoção

Na prática com pessoas com comportamentos aditivos, estas competências traduzem-se na capacidade de:

- seleccionar exercícios e atividades corporais ajustadas ao estado físico e mental da pessoa;
- adaptar a intensidade, previsibilidade e estrutura da intervenção;
- reconhecer sinais de desorganização psicofisiológica e ajustar a intervenção em tempo real.

Competências de avaliação e raciocínio clínico

O fisioterapeuta deve ser capaz de realizar uma avaliação integrada, contínua e centrada na funcionalidade, considerando:

- o impacto da doença mental no movimento e na participação;
- as flutuações do estado físico e emocional;
- a relação entre sintomas corporais, comportamento e contexto.

A avaliação privilegia a observação direta, a funcionalidade e a adaptação dos instrumentos às capacidades reais da pessoa.

No caso das perturbações aditivas, o raciocínio clínico deve integrar:	• fases do processo terapêutico (consumo ativo, abstinência, manutenção, recaída); • efeitos dos psicofármacos e de substâncias no controlo motor e no esforço; • limitações cognitivas e dificuldades de adesão.
---	---

Competências relacionais e comunicacionais

A relação terapêutica é um elemento central da intervenção em saúde mental. O fisioterapeuta deve desenvolver competências de comunicação que permitam:

- estabelecer uma relação segura, previsível e não julgadora;
- utilizar linguagem clara, simples e coerente;
- gerir resistência, ambivalência e baixa motivação;
- promover a participação ativa da pessoa no processo terapêutico.

Em pessoas com comportamentos aditivos, estas competências são fundamentais para:	• lidar com a desconfiança, a instabilidade relacional ou a desregulação emocional; • manter limites terapêuticos claros; • favorecer a adesão e a continuidade da intervenção.
--	---

Competências éticas e profissionais

A prática em saúde mental exige elevado rigor ético. O fisioterapeuta deve:

- respeitar a dignidade, autonomia e singularidade da pessoa;
- atuar dentro do seu âmbito de competências;
- reconhecer limites e proceder à referência adequada;
- garantir segurança física e emocional.

No contexto das perturbações aditivas, estas competências incluem:

- evitar abordagens moralizantes ou punitivas;
- respeitar o ritmo e as escolhas da pessoa;
- gerir situações de risco com responsabilidade e articulação institucional.

Competências de intervenção terapêutica

O fisioterapeuta em saúde mental deve ser capaz de planejar e implementar intervenções que:

- promovam consciência corporal e interocepção;
- apoiem a regulação emocional e fisiológica;
- reforcem a funcionalidade e a autonomia;
- contribuam para a reintegração nas atividades da vida diária.

Na intervenção com pessoas com comportamentos aditivos, estas competências traduzem-se em:

- utilização do movimento como mediador terapêutico;
- integração de estratégias de fisioterapia psicologicamente informada;
- adaptação da intervenção às fases do processo terapêutico;
- foco na consistência, previsibilidade e segurança corporal.

Competências de trabalho em equipa e articulação interdisciplinar

A intervenção em saúde mental é, por definição, multidisciplinar. O fisioterapeuta deve:

- comunicar eficazmente com outros profissionais;
- compreender o papel das diferentes áreas;
- contribuir para objetivos terapêuticos comuns.

Na intervenção com pessoas com comportamentos aditivos, estas competências são essenciais para:

- articular com a psiquiatria, a psicologia, a terapia ocupacional, a enfermagem e serviço social;
- integrar a intervenção da fisioterapia nos planos terapêuticos individuais;
- participar na construção de respostas integradas e centradas na pessoa.

3. Proposta de um modelo de prática

De acordo com a *World Physiotherapy* (2007), o processo da Fisioterapia é sustentado por um contínuo raciocínio clínico, que se inicia pela análise e julgamento dos dados recolhidos, em função do sujeito e dos seus contextos de vida e que permite o diagnóstico e prognóstico em Fisioterapia, informado pela evidência. Este processo pode também identificar possíveis problemas que requeiram consulta ou referência para outro profissional de saúde.

O fisioterapeuta que trabalhe na área de Saúde Mental adota uma aproximação eclética e o esqueleto da sua prática é lato e holístico. Deve centra-se essencialmente na análise e avaliação do movimento e da postura, tendo por base a estrutura e função das componentes do corpo, assim como as atividades funcionais e a participação social (Vieira e Madureira, 2001). Sendo a Fisioterapia em Saúde Mental, uma aproximação, uma sensibilização, uma educação, e uma análise do corpo por meios passivos e dinâmicos, verbais e não-verbais, o fisioterapeuta deverá ter o conhecimento do funcionamento dos sistemas relacionais, próprios das teorias de comunicação (Dacus, 1984).

Na sua intervenção utiliza modalidades educativas e terapêuticas específicas com base no movimento, terapias de consciência das emoções e do corpo, meios físicos e naturais, entre outras, com a finalidade de promover a saúde e prevenir e/ou gerir a condição de Saúde Mental (Vieira e Madureira, 2001).

3.1. Exame subjetivo

A informação acerca da história da pessoa, assim como as suas queixas, deve ser recolhida utilizando o modelo SCECS (Queixas Somáticas, Cognitivas, Emocionais, Comportamentais e Sociais) (van Spaendonck K, Bleijenbergh G, 2010). Este modelo de recolha de dados subjetivos, permite desde o primeiro contacto, perceber como é que as queixas físicas, o movimento e a função sensoriomotora se relacionam com o funcionamento psicossocial (Oostendorp *et al.*, 2017).

Propõem-se que o registo escrito do exame subjetivo, seja feito de acordo com os princípios da narrativa clínica. A narrativa clínica é uma estratégia de escrita dos factos e das ações relatados na entrevista com a pessoa, que permite facilitar e interpretar o “dito” e o “não-dito”, ou seja, escutar a história da pessoa exige encontrar formas de olhar, ouvir, sentir e interpretar as diferentes formas dela se expressar (pela palavra, pelo toque, pelo olhar e até pela não-expressão)

Entrevista Biopsicossocial

Modelo

SCECS

Queixas Somáticas

- Qual a natureza, gravidade, o curso e a duração das queixas físicas?
- Tem dores no pescoço, ombros, problemas musculares? – qual o comportamento do sintoma?
- Tem tensão muscular? Onde? – qual o comportamento do sintoma?
- Qual é o seu padrão sono habitual?
- Como é que oscila o seu peso?
- Tem frequentemente alterações gástricas e intestinais?
- Quais são os níveis de sudorese e em que contextos ocorre?
- Tem frequentemente uma sensação de exaustão? – qual o comportamento do sintoma?
- Sente hiper ou hipoatividade? Em que situações?
- Qual a percepção de alterações de controlo respiratório? Em que situações?
- Existência de comorbilidades - queixas de saúde física devidas à medicação, a comportamento sedentário ou inatividade (doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, obesidade, osteoporose etc.)
- O que espera da Fisioterapia?

Entrevista Biopsicossocial

Modelo

SCECS

Queixas Cognitivas

- Tem dificuldades de concentração e de memória?
 - Tem dificuldade em tomar decisões?
 - Tem dificuldade em estabelecer prioridades?
 - Tem ansiedade ou evitamento ao movimento? Porquê? Quando?
 - Possui estratégias de *coping* inadequadas, como por exemplo, resistência ou impulso? Em relação a que coisas?
 - O que pensa sobre as suas queixas?
 - A que é que atribui as queixas?
 - Quais as situações que influenciam as suas queixas (essas situações aumentam ou diminuem as queixas)
 - Quais são as suas expectativas em relação à evolução da condição (formas cognitivas podem agravar as queixas, como a dramatização ou a catastrofização)
 - Acha que tem capacidade para influenciar as suas queixas? (Existe a percepção de controlo?)
- *Importante perceber se existe défice cognitivo. Recomenda-se a passagem dos instrumentos de avaliação cognitiva

Entrevista Biopsicossocial

Modelo

SC Ecs

Queixas Cognitivas

- Importante perceber se existe déficite cognitivo:
 - MOCA test
 - MMSE (J. Morgado, C. S. Rocha, C. Maruta, M. Guerreiro e I. P. Martins, 2006) – menos sensível a déficite ligeiro.
- Importante perceber a integridade das funções executivas:
 - Planeamento, execução e verificação da atividade (Córtex frontal)
 - INECO Frontal Screening (IFS)
 - Ponto de corte demência – 8 (0 a 30)
 - O declínio precoce das funções executivas pode preceder o início de uma demência, (Weiner, 2005; Carlson, et al., 2009; McGuinness, et al., 2010), e prever a capacidade do indivíduo se manter funcionalmente independente (Garden et al., 2001)

Entrevista Biopsicossocial

Modelo

SC Ecs

Queixas Emocionais

- Quais foram os eventos da sua vida mais marcantes?
- Possui algum stressor crónico?
- Tem ansiedade? Em que situações? O que agrava e o que alivia?
- Sente-se triste?
- Perceber se é tristeza ou depressão:
 - Tristeza?: Sem grande impacto na vida diária
 - Depressão?: É uma patologia e tem impacto no funcionamento da vida diária
- Verificar se apresenta apatia?
- Verificar se apresenta alterações humor?
- Perceber se refere muitas incertezas ao longo do discurso.
- Apresenta queixas de fadiga?
- Está desmotivado em todos (ou na maior parte) das dimensões da sua vida?
- Quais os seus sentimentos em relação às queixas?
- Sente-se desesperado, ansioso, zangado, preocupado ou desanimado?
- Qual o motivo destes sentimentos?

Entrevista Biopsicossocial

Modelo

SCECS

Queixas Comportamentais

- Existe absentismo ao trabalho?
- Apresenta sinais de irritação
- Aumentou o consumo de álcool, tabaco ou de outra substância aditiva?
- Apresenta outros comportamentos aditivos sem substância? (como por exemplo o jogo)
- Sente diminuição da sua performance? Em que dimensões da sua vida?
- Quais são as ações/atividades/tarefas relacionadas com as queixas?
- Evita algumas atividades/contextos/pessoas, que sinta que alteram o seu comportamento? Qual o motivo? Evitando essas atividades/contextos/pessoas, ajuda ao seu autocontrolo?
- Considera que tem um estilo de vida saudável? Porquê?

Entrevista Biopsicossocial

Modelo

SCECS

Queixas Sociais

- Sente irritabilidade?
- Percebe que muitas vezes apresenta cinismo?
- Isola-se?
- Sente que houve um aumento dos conflitos relacionais/sociais?
- Como é a sua vida familiar/cotidiana?
- O que gostaria de fazer e o que é que consegue fazer?
- Relativamente ao que não consegue fazer, o problema está mais nas limitações físicas ou nas psicológicas?
- Qual a importância que dá às limitações percebidas?
- Como é que o ambiente familiar/social responde (preocupado, indiferente, negativo?)
- Como está a relação com o trabalho e com os colegas?
- Existem consequências financeiras de eventuais baixas médicas ou absentismo?
- Perceber as atitudes e comportamentos de evitamento ao toque, podendo ser avaliados de diferentes formas:
 - Cumprimentar com um aperto de mão (observar se existe defensibilidade tátil que gera recusa ou tensão)
 - Perceber qual a distância a que se deseja manter
 - Aplicar o Questionário de Toque Social (QTS)

3.2. Exame físico

No contexto da doença mental, e em particular das perturbações por uso de substâncias e comportamentos aditivos, o exame objetivo em fisioterapia deve ir além da avaliação estrutural e mecânica do movimento. O fisioterapeuta é chamado a analisar o movimento humano como uma expressão integrada do funcionamento físico, emocional, cognitivo e comportamental da pessoa.

O exame objetivo inicia-se pela análise qualitativa do movimento, que se desenvolve através de três etapas interligadas e frequentemente simultâneas: observação, descrição e interpretação. Esta abordagem permite ao fisioterapeuta compreender não apenas como a pessoa se move, mas o que o seu movimento expressa sobre o seu estado psicofísico.

em pessoas com doença mental, é fundamental ir mais além e detetar dificuldades psicomotoras específicas, frequentemente observadas em contextos de comportamentos aditivos, tais como:

- tensão tónico-emocional persistente;
- lentificação psicomotora;
- impulsividade ou desorganização motora;
- alterações do ritmo e da previsibilidade do movimento.

A interpretação destes aspetos deve ser realizada à luz do seu significado psiconeurológico, reconhecendo que o comportamento motor reflete estados emocionais, processos cognitivos e mecanismos de autorregulação.

O movimento humano resulta de uma interação complexa entre múltiplos sistemas, incluindo os sistemas musculoesquelético, neurológico, cardiorrespiratório, cognitivo e emocional. Assim, o fisioterapeuta deve integrar uma leitura biopsicossocial do movimento, particularmente relevante em pessoas com comportamentos aditivos, onde fatores como ansiedade, défices de atenção, alterações do humor e instabilidade emocional influenciam diretamente a performance motora.

O movimento humano resulta de uma interação complexa entre múltiplos sistemas, incluindo os sistemas musculoesquelético, neurológico, cardiorrespiratório, cognitivo e emocional. Assim, o fisioterapeuta deve integrar uma leitura biopsicossocial do movimento, particularmente relevante em pessoas com comportamentos aditivos, onde fatores como ansiedade, défices de atenção, alterações do humor e instabilidade emocional influenciam diretamente a performance motora.

O Modelo dos Quatro Elementos do Sistema de Movimento (4-ESM) constitui um quadro de referência útil para estruturar esta análise, integrando:

- mobilidade articular;

- força;
- energia;
- controlo motor.

Estes elementos não atuam de forma isolada e são influenciados por fatores pessoais (motivação, saúde mental, experiência corporal, histórico de consumo) e fatores ambientais (contexto terapêutico, segurança percebida, estímulos externos) (McClure et al., 2021).



Em alternativa, no anexo 1, apresentamos um instrumento de avaliação da Fisioterapia na doença mental, o módulo 8 do Balanço Dinâmico – Protocolo da avaliação da motricidade, adaptado para a população portuguesa em 1998 (Este *et al.*, 1998 & Salgado, 2002), e cujo grande objetivo é de criar um Plano de Programa Individualizado (PPI) para cada pessoa.

O instrumento apresenta uma cotação do perfil psicomotor, compreendido entre zero (0) e oitenta (80). A uma pontuação mais alta, corresponde um perfil psicomotor mais funcional. No entanto, há que tomar em consideração que, é mais importante a avaliação qualitativa do desempenho do que a avaliação quantitativa, para se planear uma intervenção adequada e realizar um plano de intervenção individualizado e centrado na pessoa. Deve ser ainda tido em conta se existem comorbilidades neurológicas ou músculo-esqueléticas que possam comprometer o desempenho

adequado das tarefas propostas e nesse sentido devem ser devidamente analisadas e enquadradas.

No quadro seguinte, encontra-se uma proposta de adequação do Modelo dos 4 Elementos aos principais problemas que deverão ser identificados, pela Fisioterapia, nas condições de Saúde Mental, assim como as estratégias de avaliação correspondentes.

Elemento do movimento	Possíveis causas das limitações na doença mental	Estratégias de avaliação
Amplitude articular	○ Alterações estruturas neurais, periarticulares e músculo-tendinosas ○ Alterações na pele (queimadura, cicatrizes) ○ Alterações da sensibilidade ○ Dor ○ Alterações da tensão tónico emocional* (tonicidade) *A tensão tónica-emocional garante as atitudes, as posturas, a mímica e as emoções. *A uma hipertonidade corresponde uma hipomobilidade e a uma hipotonidade corresponde uma hiper mobilidade. Pode ainda haver situações de aumento de tensão a nível proximal com uma diminuição ou um aumento a nível distal (alterações no desempenho sensoriomotor distal por fixação ou falta de seletividade de movimentos ao nível proximal) ○ Defensibilidade tátil ○ Catastrofização da dor ○ Kinesiofobia	○ Observar atividades funcionais simples para deteção de alterações da tensão tónico emocional durante a atividade, sincinesias (reações parasitas de imitação dos movimentos contralaterais e de movimentos perilinguais ou linguais), dor ao movimento ○ Avaliar a amplitude do movimento ○ Mobilização passiva lenta na amplitude média das articulações dos membros superiores e inferiores, para detetar a existência de paratonias (dificuldades em descontrair voluntariamente, isto é, um aumento de tónus que impede a autodescontração necessária ao movimento harmonioso) e de sincinesias ○ Mobilização passiva ao longo da amplitude disponível, nos membros superiores e inferiores, para perceber a existência de encurtamentos ○ Avaliar os movimentos pendulares com membros superiores e inferiores, para detetar paratonias e alterações do ritmo do movimento ○ Avaliação dos afetos e atitudes relativos ao toque: Questionário de Toque Social (QTS) - (Vieira AI, Ramos AV, Cavalheiro LM, Almeida P, Nogueira D, Reis E, Nunes MV e Castro-Caldas A., 2016) (Anexo 2) ○ Realizar testes dos movimentos acessórios ○ Teste avaliação mobilidade dos tecidos moles pela palpação ○ Mobilidade da pele – palpação e observação ○ Testes neurodinâmicos ○ Avaliação da dor (consultar https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_Questionarios_Dor-Rev_DOR_Volume15-n4-2007.pdf) ○ <i>Brief pain inventory</i> - Inventário resumido da dor ○ <i>Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBPI)</i> - Inventário de convicções e percepções relacionadas com a dor (PBPI) ○ <i>Self-efficacy questionnaire</i> - Questionário de autoeficácia da dor ○ Instrumentos de avaliação da dor, específicos para pessoas com demência e alterações da comunicação (consultar: https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/5646/file)
Força	○ A diminuição de força pode estar relacionada com fatores periféricos (composição muscular incluem atrofia muscular, mudanças na composição de tipos de fibras e/ou alterações no ângulo de penação (ângulo entre a direção das fibras musculares e a linha de geração de força de um músculo), lesões nos nervos periféricos ou perda de integridade do tendão) e fatores centrais (redução do impulso neural, como falha na ativação voluntária e alterações da excitabilidade cortical). ○ Quadros amotivacionais ○ Medicação psiquiátrica	○ A forma mais comum de medir a força é através da medição da produção de força isométrica máxima, que pode ser realizada com testes manuais de força muscular ou dinamómetros. A força/torque também pode ser medida através de uma amplitude de movimento e a uma velocidade constante usando um dinamómetro isocinético ou através de testes de repetição máxima ○ Testes de desempenho funcional

Elemento do movimento	Possíveis causas das limitações na doença mental	Estratégias de avaliação
Energia	- Medicação psiquiátrica - Dependência de substâncias psicoativas - Diminuição da resistência ao esforço - Ansiedade - Depressão - Desmotivação - Diminuição da autoestima - Perturbações de dor, nomeadamente a dor crónica - Sedentarismo - Perturbações alimentares	Capacidade cardiorrespiratória - endurance durante atividades funcionais, nomeadamente a marcha (ex, teste de marcha de 6 minutos) Frequência cardíaca e respiratória e tensão arterial, em repouso e durante a atividade Performance muscular, incluindo força e endurance Ventilação e respiração, como a análise de gases, sinais e sintomas de dispneia. Escala de Borg - classificação da perceção subjetiva do esforço Sobreativação do sistema nervoso simpático (SNS), o sistema de luta ou fuga - ao pedirmos que faça uma inspiração profunda os ombros irão elevar, revelando um padrão respiratório vertical e não horizontal Medição da capacidade física (ex, 5 vezes “sit-to-stand”)
Controlo	- Alterações cognitivas, sobretudo no domínio da atenção (sinais de distractibilidade) e das funções executivas, sobretudo nos casos de perturbação de ansiedade e na demência - Alterações de controlo postural (postura e equilíbrio em diferentes posições) - Alterações sensoriais - Alterações percetivas do corpo (Fonseca, V. 1992) - Alterações da estruturação espacial e temporal do movimento - Dificuldades em organizar o movimento do corpo no espaço - Dificuldades em adequar o ritmo do movimento do corpo e dos seus segmentos (o ritmo insere-se em todas as manifestações do comportamento – biológicas e emocionais e ocorre em várias áreas do comportamento, nomeadamente na coordenação de movimentos, no reconhecimento de estímulos auditivos, na exploração do envolvimento e na aprendizagem). - Alterações da coordenação dos movimentos (relaciona intenções com ações, noções com operações e o pensamento com movimento). - Alterações da relação entre o conhecimento do corpo, a integração cognitiva e emocional de experiências anteriores, e a integração e processamento de estímulos externos - Alterações da atenção voluntária, do planeamento motor e da seleção de engramas (recordações espontâneas)	Cognição: <i>MOCA test</i> <i>MMSE</i> (J. Morgado, C. S. Rocha, C. Maruta, M. Guerreiro e I. P. Martins, 2006) – menos sensível a detetar déficit cognitivo ligeiro. <i>INECO Frontal Screening (IFS)</i> - Importante perceber a integridade das funções executivas (capacidade de planeamento, execução e verificação da atividade motora e linguística), porque o declínio precoce das funções executivas pode preceder o início de uma demência, (Weiner, 2005; Carlson, <i>et al.</i>, 2009; McGuinness, <i>et al.</i>, 2010), e prever a capacidade do indivíduo se manter funcionalmente independente (Garden <i>et al.</i>, 2001) Avaliação da forma como a pessoa planeia, inicia, executa, termina o movimento/tarefa e se adapta e ajusta no futuro - Deteção de movimento fora do padrão esperado - Análise biomecânica de múltiplas articulações - Determinar compensações e sincinesias - Mudança de tarefa, de exigências ambientais para determinar se a pessoa consegue alterar movimentos e minimizar compensações e sincinesias Controlo “Feedforward” (controlo antecipatório): medir/caracterizar o movimento (cinemática - posições, referenciais, trajetórias, velocidades e acelerações) e a sua adequação ao objetivo Controlo “Feedback”: como o indivíduo se adapta a uma perturbação inesperada Avaliação do controlo postural (postura e equilíbrio em diferentes posições e contextos) Avaliação do risco de queda Perceção do corpo - Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness – MAIA), adaptado e validado para a população portuguesa por Machorrinho e Marmeleira (2017), é um instrumento de autorrelato que avalia diferentes dimensões da consciência interoceptiva, entendida como a capacidade de perceber, interpretar e utilizar sinais internos do corpo. Ao contrário de abordagens tradicionais que conceptualizam a interocepção apenas como perceção sensorial, o MAIA enquadra-se num modelo mais amplo e funcional, integrando componentes atencionais, emocionais, cognitivas e autorregulatórias. O questionário é constituído por oito dimensões: Noticing (perceção de sensações corporais), Not-Distracting (tendência para não evitar sensações desconfortáveis), Not-Worrying (ausência de preocupação face às sensações), Attention Regulation (capacidade de regular a atenção dirigida ao corpo), Emotional Awareness (relação entre sensações corporais e estados emocionais), Self-Regulation (uso das sensações corporais para autorregulação), Body Listening (escuta ativa do corpo) e Trusting (confiança no corpo) (Anexo 3)

Elemento do movimento	Possíveis causas das limitações na doença mental	Estratégias de avaliação
		○ Percepção do corpo (Vignemont, F., 2010 e Auclair, L., Noulhiane, M., Raibaut, P., & Amarenco, G., 2009), tendo em conta as seguintes dimensões das representações mentais do corpo: ○ Imagem do corpo – conhecimento semântico e visuo-espacial do corpo (nomes das partes do corpo e relação com artefactos) ○ <u>Nome das partes do corpo</u> - Nomear 15 partes do seu corpo: ○ Examinador <u>aponta</u> para as partes do corpo da pessoa (input visual) ○ Examinador <u>aponta</u> para as suas próprias partes do corpo (input visual) ○ Examinador <u>toca</u> nas partes do corpo da pessoa (input tátil) – 1º olhos abertos, depois fechados ○ Examinador <u>toca</u> nas suas próprias partes do corpo (input tátil) ○ <u>Conhecimento semântico das partes do corpo associadas a objetos</u> - Mostrar objetos (relógio, brincos, etc) e roupas e pedir para dizer em que parte do corpo se usam. ○ Descrição estrutural do corpo – noção do arranjo espacial das partes do corpo e as suas relações (fronteiras das partes do corpo, a sua proximidade e as suas relações e as suas funções): ○ <u>Conhecimento estrutural das partes do corpo:</u> ○ “O cotovelo faz parte do braço?” ○ “O pescoço está ligado à cintura?” ○ “Os olhos ficam na cara?” ○ “O tornozelo liga a mão com o braço?” ○ “O umbigo fica nas costas?” ○ “O punho liga a mão e o braço?” ○ “Os ombros ligam o tronco ao braço?” ○ “Os joelhos ligam a perna com a anca?” ○ “O pé tem 6 dedos?” ○ “As orelhas ficam no pescoço?” ○ <u>Conhecimento das funções das partes do corpo:</u> ○ “O nariz serve para o quê?” ○ “O que fazem os pés?” ○ “Para que servem os olhos?” ○ “Para que servem os dentes?” ○ “Para que servem as orelhas?” ○ “Para que servem as mãos?” ○ <u>Reconhecimento da direita-esquerda:</u> ○ Localização bilateral - mostre-me a sua mão direita, p.ex. ○ Localização contralateral (cruzamento da linha média) – toque com a sua mão direita no joelho esquerda /aponte com a mão esquerda para o seu olho direito, p.ex ○ Heterolateralidade – Noção da lateralidade no outro. Apontar e tocar para as partes do corpo do examinador – se houver dificuldade ou incapacidade denomina-se heterotopagnosia ○ Esquema Corporal – noção da representação interna e dinâmica das partes do corpo, criada por várias modalidades sensoriais (ex: tátil e visual), pela propriocepção e pelas informações motoras: ○ Uma imagem de uma parte do corpo é apresentada no centro de uma folha de papel A4. Pede-se à pessoa: ○ 1º para dizer o nome da parte do corpo ○ 2º para apontar para a parte correspondente no seu próprio corpo ○ 3º para apontar para a parte correspondente no corpo do examinador ○ 4º para apontar para a parte correspondente numa imagem de um corpo humano. ○ Numa imagem de um rosto desenhado numa folha de papel A4, apontar para as partes que constituem o rosto humano, completas ou omissas ○ Coordenação global: ○ Coordenação oculo-manual (exemplo: encestar uma bola)

Elemento do movimento	Possíveis causas das limitações na doença mental	Estratégias de avaliação
	○ Presença de sinais catatônicos (Peralta, V. & Cuesta, M., 2017) ○ Presença de sinais extrapiramidais (Peralta, V. & Cuesta, M., 2017) ○ Presença de sinais neurológicos ligeiros ou também designado por problemas de integração sensorial (Peralta, V. & Cuesta, M., 2017)	○ Coordenação oculo-pedal (exemplo: fazer passar uma bola entre as pernas da uma cadeira com um pontapé) ○ Dissociação (exemplo: bater com as mãos e os pés – 2xMD-2xME; 2xMD-1xME; 2xMD-3xME; 1xMD-2xME-1xPD-2xPE, etc) ○ Agilidade (saltar abrindo as pernas e batendo as palmas) ○ Coordenação fina: ○ Coordenação dinâmica manual (fazer e desfazer pulseira de clips; observar a existência de sincinésias, de alterações de tónus, de postura e de padrão respiratório) ○ Tamborilar ○ Sinais catatônicos ○ Rigidez ○ Manutenção da postura ○ Negativismo ○ Flexibilidade cérea ○ Caretas ○ Estereotipias ○ Maneirismos ○ Mutismo ○ Perturbação da vontade/motivação para a ação ○ Sinais extrapiramidais ○ Excesso ou escassez de movimento ○ Disquinésia (hipercinésia, bradicinesia e movimentos involuntários) ○ Não é só resultante da medicação pois indivíduos no início do tratamento podem apresentar sintomas ○ Tremores ○ Rigidez ○ Descoordenação ○ Sinais neurológicos ligeiros (problemas de integração sensorial: processo neurológico que organiza a sensação vinda do corpo e do ambiente, permitindo respostas adaptativas ao ambiente. Contribui para melhoria das competências motoras e cognitivas, do estado de alerta/atenção, da interação social, da comunicação, da regulação emocional e da organização do comportamento no tempo e no espaço): ○ Sensibilidade extrema ou baixa reação ao toque, ao movimento, a imagens ou sons ○ Nível de atividade demasiado alto ou demasiado baixo ○ Distração frequente com pouca atenção às tarefas ○ Problemas de coordenação (desajeitado) ○ Fraca consciência corporal ○ Dificuldade em aprender novas tarefas ○ Dificuldade com tarefas que exigem o uso das duas mãos simultaneamente ○ Desorganização constante (não consegue organizar tarefas) ○ Dificuldade nas transições entre atividades ou ambientes ○ Competências e comportamentos sociais imaturos ○ Impulsividade ou falta de autocontrolo ○ Dificuldades nas tarefas com sequências motoras complexas

Ainda durante o processo de avaliação, utiliza-se sempre que necessário, alguns instrumentos de medida, como escalas e questionários, validados para a população portuguesa. O objetivo é corroborar alguns problemas identificados no exame subjetivo e objetivo e como forma de reavaliação do plano terapêutico selecionado para a pessoa.

Estes instrumentos são sempre enquadrados nas três dimensões da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Os mais frequentemente utilizados são:

- Escala de autoavaliação da ansiedade de Zung (Ponciano, E.; Vaz Serra, A.; Relvas, J., 1982).
- Inventário de depressão de Beck (Gorenstein, C., & Andrade, L., 1998).
- Inventário clínico de autoconceito (Vaz-Serra, A., 1986)
- Escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) (Pais-Ribeiro, J.; Honrado, A. & Leal, I., 2004).
- Escala de otimismo de Barros (Barros, J., 1998).
- Inventário de Saúde Mental (Pais Ribeiro, J., 2001).
- Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) (Pais Ribeiro, J., 1999).
- Escala de qualidade de vida (Ferreira, P., 2000).
- EAS - Escala de Avaliação das Emoções (Moura-Ramos, A. Araujo & M. C. Canavarro, 2005)

3.3. Avaliação

Os problemas são identificados e analisados, tendo como base o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (OMS, 2004).

Depois da análise da informação recolhida deve-se identificar os problemas relacionados com a estrutura/função e com a atividade/participação resultantes da disfunção. Em seguida, deve-se refletir acerca dos fatores que estão implicados nas alterações da funcionalidade, tentando sempre que possível estabelecer uma relação de causalidade.

O fisioterapeuta deve também no final, identificar os fatores pessoais e ambientais que podem constituir barreiras ou serem facilitadores para os resultados do tratamento. Por último, devem ser sinalizados fatores que possam requerer vigilância, precaução ou contra-indicação a determinados procedimentos/técnicas.

Steiner *et al* (2002), propuseram um modelo de raciocínio clínico, centrado na pessoa e com base no modelo conceptual da CIF. Os autores defendem que, como as consequências da condição de saúde se manifestam de forma diferente em diferentes pessoas, é necessário ter um quadro

conceptual para ordenar e entender também o que essa condição significa para ela e não ser só um registo dos problemas que o fisioterapeuta considera importantes. Nesse sentido, reconhece os pontos de vista, a experiência e as perspectivas de todos os intervenientes no processo. É uma abordagem estruturada para a gestão do processo que inclui:

- Identificação, análise e relação entre os problemas
- Envolve a pessoa nas tomadas de decisão terapêutica
- Tem em conta as suas necessidades e preferências
- Permite discutir de forma clara os objetivos
- Permite a avaliação dos efeitos da intervenção

3.4. Diagnóstico em Fisioterapia e prognóstico funcional

A identificação e relação dos problemas devem permitir a realização do diagnóstico em Fisioterapia, que deverá contemplar as diferentes dimensões da CIF (estrutura/função e atividade/participação). O diagnóstico advém do processo de raciocínio clínico e da inclusão de informações adicionais de outros profissionais quando necessário (*World Physiotherapy*, 2007).

Este processo de tomada de decisão permite ainda definir o prognóstico que representa o nível de melhoria ótimo que pode ser atingido através da intervenção do fisioterapeuta, tendo por base a evidência científica disponível e os fatores pessoais ou contextuais.

3.5. Objetivos

Em função do diagnóstico e do prognóstico, devem planear-se os objetivos de tratamento e estratégias para os atingir.

Os objetivos devem ser *SMART* (*Specific, measurable, acceptable/attainable, realistic/relevant and time bound*), mas também, significativos e representativos para a pessoa. Devem ainda ser temporalizados (curto, médio e longo prazo) e operacionalizados, identificando o sujeito, a ação, o critério e o indicador de desempenho em função do tempo. Em função dos objetivos a atingir, devem selecionar-se estratégias de tratamento baseadas na melhor evidência disponível e aplicável ao sujeito em causa. Este processo de planeamento deve sempre que possível ser feito em conjunto com a pessoa e/ou os seus familiares.

3.6. Intervenção

O conteúdo da intervenção da Fisioterapia na pessoa com doença mental é igual ao das outras áreas de intervenção, mas a abordagem tende a ser mais holística, envolvendo sempre aspetos emocionais, cognitivos, relacionais e educacionais (Kaur, J., Masaun, M. & Bhatia, M., 2013). Estes autores alertam ainda para o facto que as pessoas devem ter um diagnóstico médico e um diagnóstico em Fisioterapia.

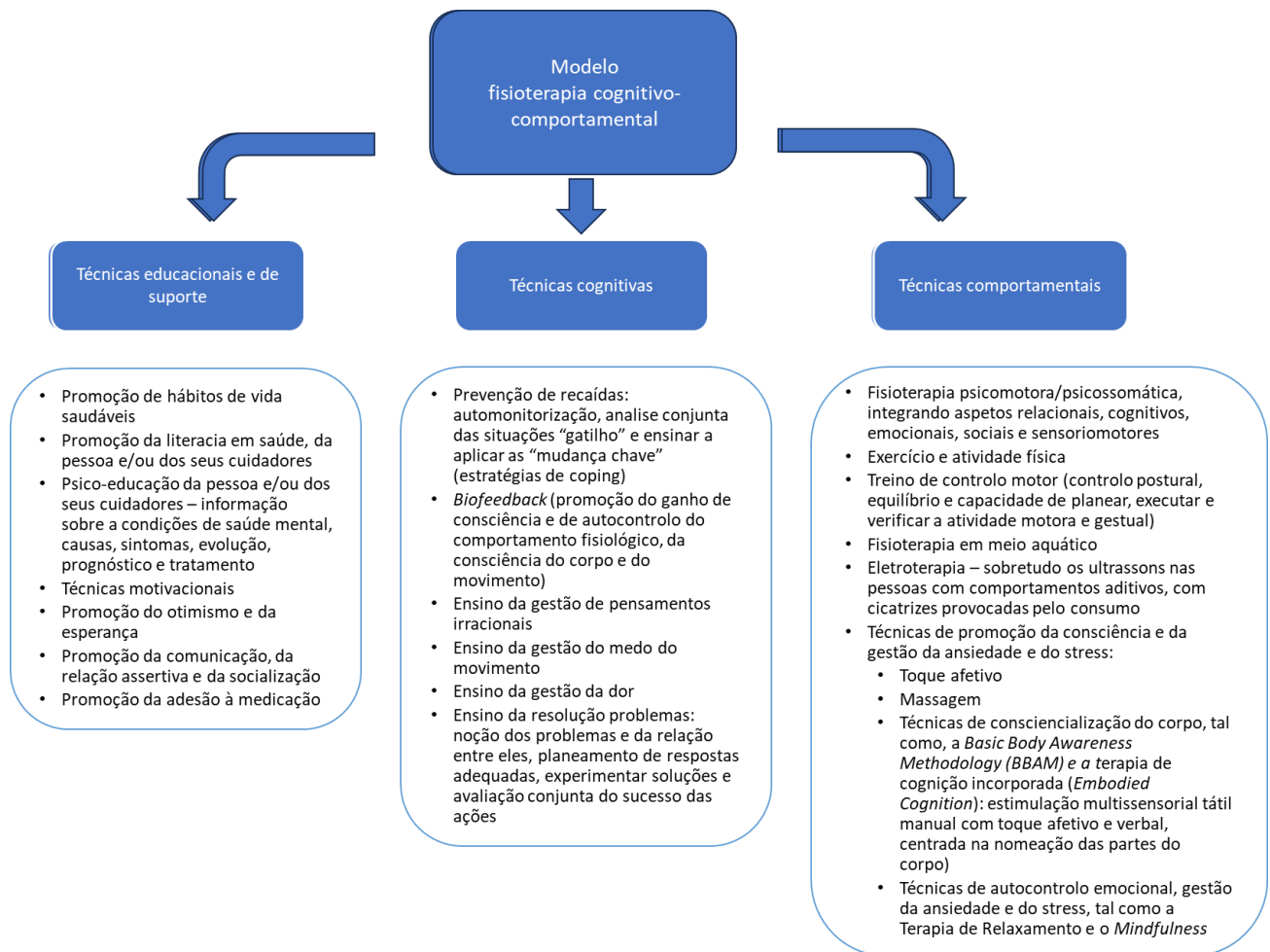
O modelo “Fisioterapia cognitivo-comportamental”

O modelo de intervenção da Fisioterapia em Saúde Mental, designado “Fisioterapia cognitivo-comportamental” (Probst, 2017) está centrado na cognição do corpo e na sua perceção e representação, com impacto na mudança consciente do comportamento tónico, motor, emocional e relacional.

Relativamente às estratégias de intervenção, Probst, M. (2012) afirma que a atividade física, as terapias de consciência do corpo e de relaxamento são ferramentas essenciais na prevenção e na intervenção de problemas de Saúde Mental. O fisioterapeuta é um perito no movimento humano e este é o pilar para qualquer ação.

A intervenção é estabelecida tendo como base o referido modelo cognitivo-comportamental, compreendendo três dimensões de abordagem: (1) uma abordagem física relacionada com a saúde, que visa melhorar a saúde física global das pessoas com condições de Saúde Mental, através de técnicas educacionais e de suporte, (2) uma abordagem psicoterapêutica, que utiliza o corpo em movimento como uma porta de entrada para melhorar o funcionamento social e afetivo da pessoa e (3) a abordagem psicossocial, que enfatiza a aquisição de competências mentais e físicas relacionadas com o corpo em movimento, e promove o desenvolvimento pessoal para melhorar a capacidade das pessoas de funcionar de forma independente na sociedade (Probst, M., 2017).

Apresenta-se de seguida a proposta de algumas estratégias de intervenção mais frequentemente utilizados pela Fisioterapia em condições de Saúde Mental, tendo como base o modelo cognitivo-comportamental (figura 2). Recomenda-se que, para cada uma das atividades planeadas, se deve equacionar a possibilidade de as desenvolver em grupo ou individualmente, presencialmente ou em formato de telefisioterapia. A proposta terapêutica deverá ser partilhada previamente, com as pessoas e, se necessário, com os seus cuidadores. No sentido de sistematizar e organizar as diferentes intervenções, apresenta-se o esquema abaixo.



Abordaremos de seguida, algumas das técnicas mais comumente utilizadas, tendo em conta a evidência científica e a evidência baseada na prática clínica dos autores.

3.6.1. Estimulação Sensorial pelo Toque Afetivo

O toque exerce múltiplos benefícios para o corpo e a mente. Ele aumenta os níveis de atenção direcionados ao corpo, ao movimento e às tarefas, enquanto reduz o pensamento ruminante, característico da ansiedade — uma condição associada à hiperatividade das redes de consciência, como a *Default Mode Network*. Além disso, o toque diminui os níveis de cortisol, o que contribui para a redução do estresse e da ansiedade. Ele também reduz os sintomas de depressão e estimula a liberação de oxitocina, fortalecendo os laços afetivos e promovendo a vinculação interpessoal. Outros benefícios incluem a diminuição da percepção de solidão, o fortalecimento do sistema imunológico, a redução da sensação de dor e o aumento da empatia e compaixão pelos

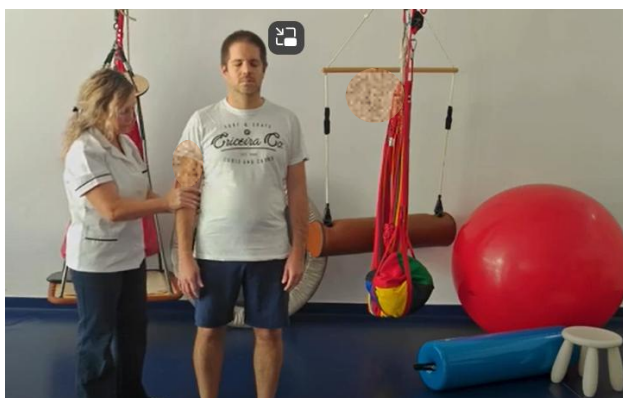
O toque afetivo é aplicado com as mãos em concha, promovendo o contacto total da palma das mãos com a parte do corpo da pessoa. De seguida é exercida uma ligeira pressão, aliviando-se de

imediatamente, e sem perder o contacto, desliza-se as mãos para a parte do corpo seguinte (Vieira, *et al.*, 2017).

Ver Link: [Técnica de consciencialização corporal através da estimulação sensorial tátil-manual em decúbito dorsal](#)



Ver link: [Técnica de consciencialização corporal através da estimulação sensorial tátil-manual \(toque afetivo\), na posição de pé](#)



3.6.2. Estimulação Multissensorial Simultânea

Sabemos hoje que, a estimulação unisensorial, por exemplo através do toque, não é suficiente para a promoção e manutenção da consciência do *Self* Corporal e do *Self* Emocional, visto vivermos num mundo multissensorial e o nosso cérebro está programado para processar simultaneamente informação vinda de diferentes estímulos. Nesse sentido, para que haja uma promoção da consciência global do *Self*, a estimulação deve ser multissensorial, associando ao toque, estímulos visuais, olfativos ou auditivos, como por exemplo, verbalizações centradas no nome das partes do corpo e na designação espaciotemporal do movimento (Vieira *et al.*, 2017) (ver no anexo 4, o exemplo da técnica de relaxamento de Bergès & Bounes e de Gisele Soubiran).

Ver Link: [Técnica de consciencialização corporal através da estimulação multissensorial simultânea \(toque afetivo e verbalização das partes do corpo com o verbo evocativo “sinta”\)](#)



3.6.3. Toque Social e utilização de Objetos Mediadores da Relação Terapêutica

Uma dimensão do toque, o toque social, combina o toque discriminativo e o toque afetivo e abrange todas as situações em que as pessoas se tocam no seu dia a dia (desde um toque simples e curto, ou abraçar ou dar as mãos, até ao acariciar. O toque social medeia a comunicação e a interpretação do contato afetivo durante as interações com os outros. O toque social promove, respostas empáticas, o contato interpessoal, o comportamento vincutivo na relação com o outro e a interação social. Para além das alterações neurofisiológicas provocadas pelo toque social, existem também mudanças relacionais e cognitivas, ou seja, gera atitudes e comportamentos positivos.

É importante ainda ressaltar que nem todas as pessoas poderão fazer uma interpretação positiva do toque, devido a más experiências de vida ou à dificuldade de perceber a intenção desse contacto físico. Isto pode gerar comportamentos de evitamento ao contacto físico ou mesmo agressividade. Nesse caso é fundamental que o toque, seja acompanhado com uma linguagem

verbal e não verbal indutora de segurança. Por exemplo, fazer uma aproximação corporal e de contacto visual antes de tocar, sorrir, manter uma musculatura facial descontraída e ombros para baixo. Manter os ombros para baixo é muito importante, pois ombros elevados sugerem uma postura de luta ou fuga, de tensão, mostra um sentimento de medo daquela relação, e medo gera medo, gera luta ou fuga no outro.

Quando o contacto não é tolerado e existem demonstrações evidentes de evitamento ao toque, podemos utilizar o que chamamos em Fisioterapia psicomotora ou psicossomática, os objetos mediadores da relação, antes do contacto “corpo a corpo”, como bolas, lençóis, cobertores, almofadas. Um dos objetos mediadores da relação mais poderosos é a nossa voz, porque o que dizemos e forma como o dizemos tem um impacto importante.

Ver Link: [Técnica de consciencialização corporal com recurso a objetos mediadores da relação \(bolas terapêuticas\)](#)



Ver Link: [Técnica de consciencialização corporal \(membros\) com recurso a objetos mediadores da relação \(lençol\)](#)



Ver Link: [Técnica de consciencialização corporal \(cabeça e tronco\) com recurso a objetos mediadores \(lençol\)](#)



É fundamental, quando se pretende tocar, pedir permissão para tocar, verbalizando de uma forma simples e clara a parte do corpo que vou tocar ou qual é o objetivo do toque. A pele precisa de ser escutada, de ser estimulada e que lhe falemos com as nossas mãos.

3.6.4. Mobilização Passiva Lenta

A mobilização passiva lenta das articulações é uma técnica que vai além do simples aumento da amplitude de movimento, buscando promover a consciencialização do corpo e do movimento. Esta abordagem, fundamentada em princípios neurofisiológicos e sensoriais, tem demonstrado eficácia na melhoria da percepção corporal. Durante a mobilização passiva lenta, a pessoa é incentivada a direcionar a atenção para as sensações articulares.

O relaxamento muscular induzido pela técnica facilita não apenas a mobilidade articular, mas também melhora a percepção muscular, contribuindo para um controlo motor mais preciso (Moseley & Hodges, 2006).

A consciencialização corporal induzida pela mobilização passiva lenta permite desenvolver uma compreensão mais profunda do movimento e das sensações corporais.

Ver link: [Técnica de consciencialização do corpo e do movimento através de mobilização passiva lenta na amplitude média do movimento, na posição de decúbito dorsal](#)



Ver Link: [Técnica de consciencialização do corpo e do movimento através de mobilização passiva lenta na amplitude média do movimento, associada a estimulação sensorial auditiva-verbal \(verbalização do movimento\), na posição de decúbito dorsal](#)



3.6.5. Terapia de Relaxamento e o Mindfulness

A Terapia de Relaxamento e o *Mindfulness*, são estratégias de gestão da ansiedade, de controlo de stresse e de promoção da consciência do corpo e do movimento (consultar propostas de protocolos de intervenção no anexo 4).

A Terapia de Relaxamento e o Mindfulness, permitem olhar de uma forma reflexiva e consciente para o interior, através de uma escuta sensorial e perceptiva, ajudam a consciencializar as sensações, as perceções, as emoções e a reformular cognitivamente o futuro, utilizam o corpo como suporte e veículo da expressão emocional

O *Mindfulness* promove a consciência centrada no presente, mantendo o foco de atenção no momento presente. Isto contrasta com ficar preso numa cadeia de pensamentos, por vezes ruminantes, sobre o passado ou o futuro, envolvendo viagens mentais no tempo, ou memórias episódicas prospetivas e retrospectivas (Suddendorf & Corballis 2007). A consciência centrada no presente é facilitada pela atenção às perceções sensoriais e às sensações corporais, como as da respiração (Farb *et al.*, 2015) (ver o exemplo no anexo 4, de um protocolo de sessão de *Mindfulness*, baseada na atenção à respiração).

De acordo com Payne (2003), os exercícios curtos de relaxamento e de *Mindfulness*, não têm contraindicações. No entanto, deve-se ter atenção à aplicação da totalidade dos protocolos (exercícios longos), nos casos de perturbação psicótica em fase aguda, perturbação depressiva major, perturbação de ansiedade grave com pensamento circular e existência de arritmias.

No anexo 4 encontram-se os protocolos das técnicas mais utilizadas, tais como:

- Relaxamento de Laura Mitchell (Mitchell, 1989)
- Método progressivo de Jacobson (Payne, 2003)
- Treino autógeno de Shultz (Schultz, 1967)
- Relaxamento psicomotor/psicossomático de Bergès e Bounes (Bergès & Bounes, 1985)
- Relaxamento Psicossomático de G.B. Soubiran Soubiran (G.B. e Coste, J.C., 1975)
- *Mindfulness Breathing* (Balban *et al.*, 2023).

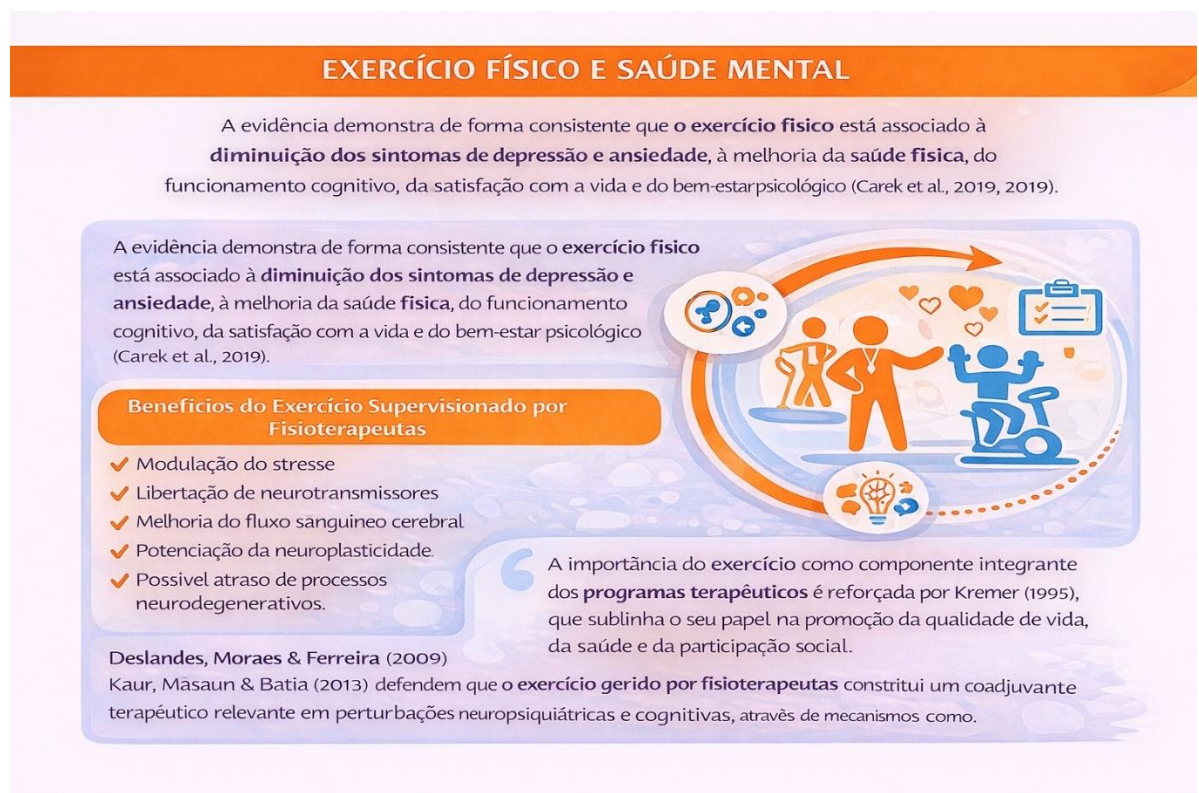
3.6.6. Atividade Física, Exercício e Saúde Mental: evidência e implicações para a Fisioterapia

A relação entre a atividade física, o exercício terapêutico e a saúde mental tem sido amplamente investigada nas últimas décadas, com um crescimento consistente da evidência científica que demonstra os seus efeitos benéficos tanto na prevenção como no tratamento das perturbações mentais. Estudos recentes mostram que a atividade física não só contribui para a redução dos sintomas de perturbações mentais comuns, como a depressão e as perturbações de ansiedade, como também desempenha um papel relevante na reabilitação de pessoas com doença mental moderada e severa, com impacto positivo na saúde física, mental e no funcionamento psicossocial (Chekroud *et al.*, 2021).

Para além dos benefícios clínicos individuais, a promoção da atividade física tem sido associada à redução da carga socioeconómica associada às perturbações de saúde mental, reforçando a sua relevância como estratégia de saúde pública e como intervenção terapêutica complementar.



Exercício físico como intervenção terapêutica em saúde mental



Exercício e depressão: evidência consolidada

EXERCÍCIO E DEPRESSÃO: EVIDÊNCIA CONSOLIDADA

O exercício é uma estratégia eficaz na **gestão da depressão ligeira a moderada** (Donaghy, 2007). Cooney et al. (2013).

Cooney et al. (2013) concluiu que o **exercício é moderadamente mais eficaz** do que intervenções de controlo na redução dos sintomas depressivos e que os seus efeitos são comparáveis, em determinados contextos, aos da farmacoterapia e da psicoterapia.

Atividade física pode ter um efeito terapêutico significativo

- ✓ Modulação do stresse
- ✓ Libertação de neurotransmissores
- ✓ Melhoria do fluxo sanguíneo cerebral
- ✓ Potenciação da neuroplasticidade.

2-3 Sessões Semanais **45-60 minutos** **Intensidade Moderada a Vigorosa**

A evidência sugere que programas supervisionados, com duas a três sessões semanais de **exercício aeróbio e/ou de resistência**, com duração de **45 a 60 minutos** e intensidade moderada a vigorosa, produzem melhorias nos sintomas depressivos (Stubbs et al., 2018). Pessoas com depressão e esquizofrenia tendem a aderir mais ao exercício supervisionado por fisioterapeutas, evidenciando a relevância da competência --●--

Exercício, neuroplasticidade e autorregulação

EXERCÍCIO, NEUROPLASTICIDADE E AUTORREGULAÇÃO

O treino aeróbio e de **resistência** tem sido associado a **alterações positivas na neuroplasticidade**, com implicações relevantes para o desenvolvimento e manutenção das competências de autorregulação comportamental, fundamentais na saúde mental (Smith & Merwin, 2021). Estas alterações ajudam a explicar os benefícios heterogêneos do exercício em diferentes populações clínicas.

Adicionalmente, **intervenções em meio aquático** demonstram efeitos positivos na saúde mental, promovendo **relaxamento, regulação emocional e adesão** à atividade física (Jackson et al, 2022).

Neuroplasticidade **Funções Executivas** **Autorregulação** **Relaxamento e Adesão**

ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTOS ADITIVOS

A atividade física tem sido cada vez mais reconhecida como uma intervenção eficaz no tratamento das perturbações relacionadas com o uso de substâncias, contribuindo para a redução do consumo, a prevenção de recaídas e a melhoria do bem-estar psicológico (Horrell et al., 2020) (Horrell et al., 2010).

Entre os mecanismos propostos destacam-se:

- ✓ redução dos desejos intensos (craving);
- ✓ melhoria do humor;
- ✓ aumento da autorregulação emocional;
- ✓ reestruturação do sistema de recompensa cerebral (Linke & Ussher, 2015; Taylor & Thompson, 2018)



Melhoria do humor

Aumento do humor

Aumento da autorregulação emocional

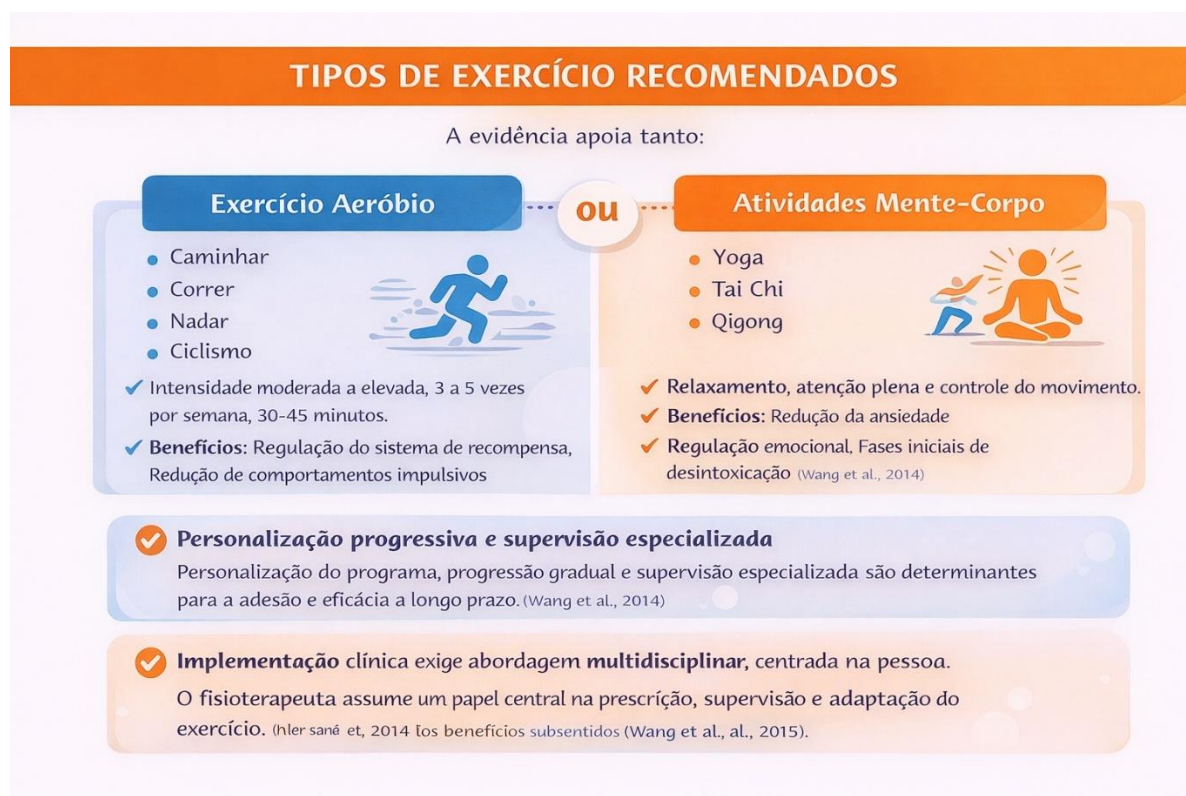
✓ Entre os mecanismos propostos destacam-se:

- ✓ redução dos desejos intensos (craving);
- ✓ melhoria do humor;
- ✓ reestruturação do sistema de recompensa cerebral (Linke & Ussher, 2015; Taylor & Thompson, 2018)
- ✓ Redução da ansiedade
- ✓ Fases iniciais de desintoxicação (Horrell et al., 2020)

A atividade física oferece ainda alternativas comportamentais estruturadas, promovendo novas rotinas, redes sociais saudáveis e identidades dissociadas do consumo (Dingle et al., 2015; Bathish et al., 2017).

Apesar destes benefícios, a evidência é mais robusta para a dependência da nicotina do que para o álcool e drogas ilícitas, sendo necessária cautela na interpretação dos resultados devido a limitações metodológicas (Zschucke et al., 2012). Ainda assim, estudos recentes demonstram benefícios em dependências comportamentais, como a dependência da internet (Zhang & Xu, 2022).

Tipos de Exercício recomendados



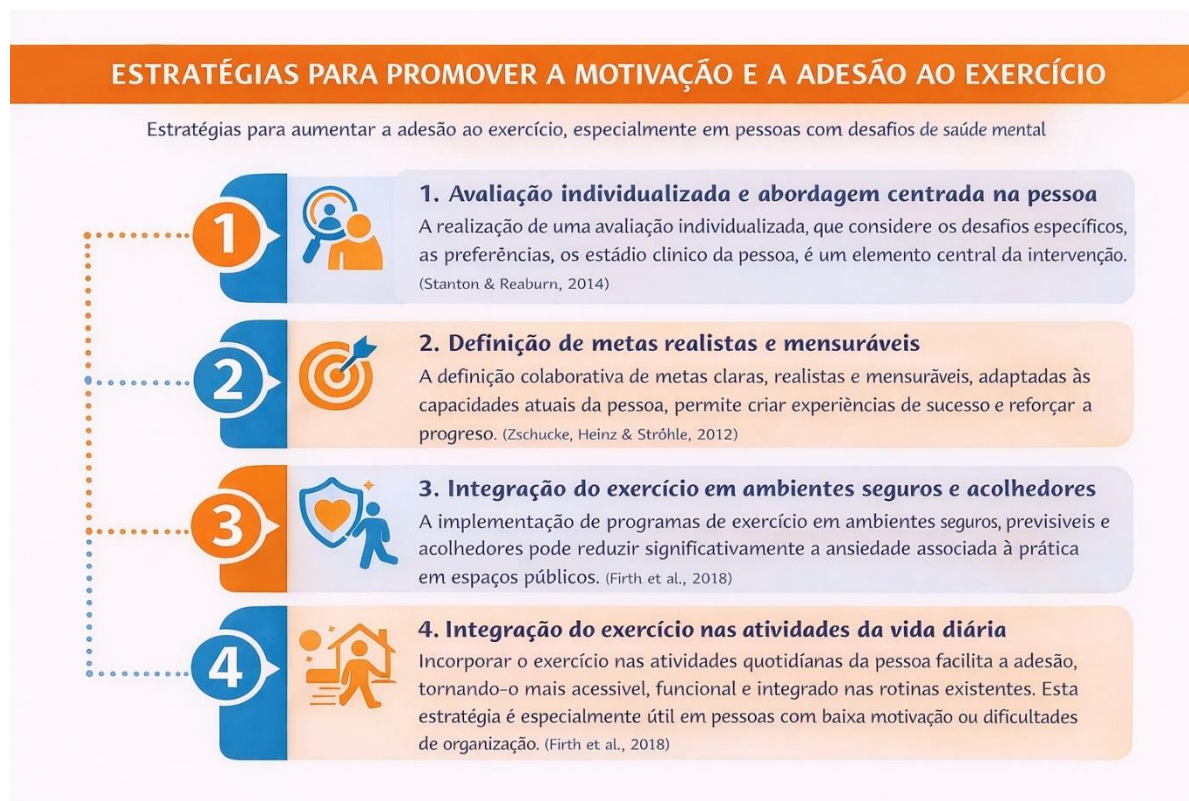
Barreiras, desafios e estratégias para a adesão ao exercício na pessoa com doença mental

A prescrição e implementação de programas de exercício dirigidos a pessoas com doença mental colocam desafios específicos que exigem do fisioterapeuta um conhecimento aprofundado das barreiras à adesão e das estratégias facilitadoras da participação. Compreender estas dificuldades é fundamental para planejar intervenções realistas, seguras e eficazes, assim como para reconhecer o papel central do fisioterapeuta na motivação, apoio e acompanhamento destas pessoas ao longo do processo terapêutico.

Em contextos de doença mental — e, em particular, nas perturbações por uso de substâncias e comportamentos aditivos — as barreiras à prática regular de exercício são frequentemente múltiplas e interligadas, envolvendo fatores psicológicos, cognitivos, sociais e físicos.

Principais barreiras à adesão ao exercício





Para maior conhecimento sobre a matéria poderá consultar o Manual – Fisioterapia em Saúde Mental- A experiência Informa a Evidência, disponível <https://www.icad.pt/DocumentList/Index/65?languageId=0>

Anexo 1 – Balanço Dinâmico – modulo 8 – protocolo de avaliação da Motricidade

08. MOTRICIDADE

Nome: _____

Datas de avaliação: 1ª __/__/____ 2ª __/__/____ 3ª __/__/____

08.01.01. CAPACIDADE POSTURAL

08.01.01. Adotar diferentes posições

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Passar sem apoio de decúbito dorsal à posição de sentado no chão, e mantê-la sem apoio			
Passar da posição de gatas à posição de joelhos e mantê-la sem apoio			
Passar sem apoio da posição de joelhos à posição de pé, e mantê-la sem apoio			
Passar sem apoio da posição de sentado no chão à posição de pé, e mantê-la sem apoio			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, insegurança gravitacional, etc.)

08.01.02. Deslocar-se de outra forma que não seja na posição de pé

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Rastejar usando os braços e pernas de forma alternada e coordenada			
Deslocar-se no solo de forma funcional apoiado nas mãos e nos pés			
Deslocar-se de gatas de forma alternada e coordenada			
Deslocar-se de joelhos de forma alternada e coordenada			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, insegurança gravitacional, etc.)

08.01.03. Deslocar-se na posição de pé

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Andar sem ajuda numa superfície plana			
Subir e descer escadas sem ajuda, alternando os pés			
Correr sem cair numa superfície plana			
Correr sem cair numa superfície irregular			
Utilizar o impulso para saltar um pequeno obstáculo (40 cm)			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, maior insegurança gravitacional em superfícies irregulares?, etc)

08.01.04. Manter uma postura adequada na realização das tarefas anteriores

	1ª avaliação (sim = 0; não = 1)	2ª avaliação (sim = 0; não = 1)	3ª avaliação (sim = 0; não = 1)
Manter a cabeça baixa			
Pôr os ombros para a frente e dobrar o tronco			
Andar com os pés para dentro ou para fora			
Afastar exageradamente os pés durante a marcha			
Arrastar os pés ou bater com os pés durante a marcha			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, maior insegurança gravitacional em superfícies irregulares?, etc.)

08. 02. Capacidades motoras finas

08.02.01. Utilizar as duas mãos na manipulação de objetos

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Agarrar um objeto entre o polegar e o indicador e mantê-lo durante cinco segundos (com a mão direita e com a esquerda)			
Apanhar cinco objetos de pequena dimensão em sucessão e conservá-los na mão (com a mão direita e com a esquerda)			
Esfregar as mãos com uma pressão adequada (ex.: simular lavar as mãos com sabonete)			
Agarrar um objeto com uma mão e passá-lo para a outra mão (com a mão direita e com a esquerda)			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e gestual, diferença de comportamento motor entre a mão direita e a mão esquerda, etc)

08.02.02. Utilizar os dedos das duas mãos em movimentos diferenciados

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Mexer sequencialmente cada um dos dedos das duas mãos, independentemente uma da outra (ex.: simular a ação de um pianista)			
Utilizar um só dedo para atividades precisas (ex.: simular o tocar uma campainha)			
Opor o polegar aos outros dedos, em duas sequências sucessivas, não excedendo cinco segundos em cada mão			
Com os olhos fechados e com ambas as palmas das mãos apoiadas em cima da mesa, levantar cada dedo de cada mão, quando sentir um toque			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e gestual, diferença de comportamento motor entre a mão direita e a mão esquerda, etc.)

08.02.03. Mostrar uma destreza adequada nas atividades da vida diária

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Apertar e desapertar uma tampa, segurando o recipiente			
Introduzir e dar a volta a uma chave numa fechadura			
Abrir um pacote de leite utilizando corretamente a tesoura			
Afiar um lápis			
Vincar por dobragem as diagonais de um quadrado de papel			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e gestual, coordenação das ações a desempenhar com a mão direita e a mão esquerda, etc.)

08.03. Recursos psicomotores

08.03.01. Coordenar a visão e os movimentos das mãos

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Enfiar uma agulha de utilização corrente			
Lançar uma bola de ténis ao ar e apanhá-la, uma vez com a mão direita e outra vez com a mão esquerda (dois sucessos em três tentativas)			
Atingir o alvo com uma bola, utilizando as duas mãos simultaneamente (alvo de 25x25 cm a três metros de distância dois sucessos em três tentativas)			
Fazer saltar uma bola, três vezes no mínimo (com a mão direita e com a mão esquerda)			

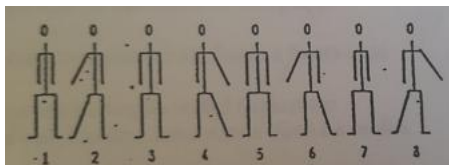
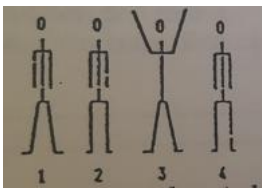
Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e gestual, diferença de comportamento motor entre a mão direita e a mão esquerda, etc.)

08.03.02. Coordenar a visão e os movimentos dos pés

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Dar um pontapé numa bola pousada no chão			
Parar com o pé uma bola em movimento			
Dar um pontapé numa bola em movimento			
Pontapear uma bola para um objetivo, mantendo o percurso o mais linear possível			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e de autocontrolo, etc.)

08.03.03. Coordenação dinâmica geral (atribuir a cotação que melhor represente o desempenho – de 4 a 0)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Coordenar os movimentos os braços e das pernas, de acordo com uma sequência complexa de oito tempos 	4	4	4
Coordenar os movimentos os braços e das pernas, de acordo com uma sequência complexa de quatro tempos 	3	3	3
Saltar afastando e juntando os pés (dez saltos)	2	2	2
Saltitar no mesmo local com os pés juntos (10 saltos)	1	1	1
Incapaz de saltar no mesmo local	0	0	0

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e de autocontrolo, etc.)

08.03.04. Manter o equilíbrio

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Permanecer de pé, sobre as pontas dos pés durante 10 segundos			
Permanecer de pé, apoiado num pé, durante 10 segundos (com o pé direito e com o pé esquerdo)			
Permanecer em equilíbrio sobre um pé e elevar-se três vezes sobre a ponta do pé (com o pé direito e com o pé esquerdo)			
Andar sobre um suporte estreito numa distância de dois meros (trave estreita do banco sueco)			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, maior insegurança gravitacional?, etc.)

08.03.05. Sincronizar o movimento a um ritmo

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Seguir lado a lado uma pessoa e ajustar o movimento às alterações de velocidade de deslocação			
Imitar um ritmo lento e um ritmo rápido, batendo as mãos uma na outra ou num objeto			
Imitar uma sequência cadenciada de quatro tempos, batendo as mãos uma na outra ou num objeto			
Sincronizar a marcha às variações de um ritmo, orientado por um batimento de mãos			
Sincronizar os movimentos ao ritmo de uma música			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, insegurança gravitacional alterações da integração rítmica auditivo-motora, hesitações, etc.)

08.03.06. Controlar os movimentos no espaço

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Imitar três posições corporais assimétricas, frente a frente			
Adotar por indicação verbal, três posições corporais (joelhos, levantar pé esquerdo e mão direita, pôr a mão direita sobre a orelha esquerda)			
Andar sobre uma linha direita, pondo o calcanhar em contacto com a ponta do outro pé e assim sucessivamente numa distância de quatro metros			
Saltar ao pé-coxinho numa distância de quatro metros, levando um objeto em direção a um alvo, por precursão do pé em apoio no objeto			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, dificuldades de controlo postural, sincinesias, permanentes reequilibrações/reajustes, quedas, insegurança gravitacional alterações da integração rítmica auditivo-motora, hesitações, etc.)

08.03.07. Controlar o tónus

	1ª avaliação (sim = 1; não = 0)	2ª avaliação (sim = 1; não = 0)	3ª avaliação (sim = 1; não = 0)
Descontrair os braços na posição agachado			
Descontrair o corpo em decúbito dorsal, por indicação verbal			
Movimentar um segmento do corpo, mantendo o resto do corpo imóvel			
Descontrair os membros em decúbito dorsal, quando o observador os mobiliza passivamente			

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, paratonias, dificuldades de controlo postural, etc.)

08.04. Atividade física

08.04.01. Aptidão geral ao esforço físico (atribuir a cotação que melhor represente o desempenho – de 4 a 0)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Realizar uma prova de aptidão física (série de elevações sobre um banco de 50 cm de altura para os homens e de 42 cm de altura para as mulheres, ao ritmo de uma subida de dois em dois segundos, durante cinco minutos), com um coeficiente de aptidão igual ou superior a 90, segundo a seguinte fórmula: Duração do exercício (em segundos) x 100 / (P1 + P2 + P3) x 2 P1, P2, P3 – frequências cardíacas no primeiro, segundo e terceiro minutos após o fim do exercício Se necessário o exercício poderá ser interrompido antes dos cinco minutos	4	4	4
Realiza a prova com um coeficiente de aptidão entre 80 e 90	3	3	3
Realiza a prova com um coeficiente de aptidão entre 50 e 80	2	2	2
Realiza a prova com um coeficiente de aptidão inferior a 50	1	1	1
Parar a prova antes do tempo (igual ou inferior a dois minutos)	0	0	0

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, descontrolo tónico-respiratório, sinais de fadiga, desmotivação, desatenção, etc.)

08.04.02. Recuperação após o esforço físico (atribuir a cotação que melhor represente o desempenho – de 4 a 0)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Dois minutos após um exercício físico (subir e descer trinta vezes um banco de 50 cm de altura para os homens e de 42 cm de altura para as mulheres, alternando os pés, encontramos uma frequência cardíaca correspondente a 120% da frequência cardíaca medida antes do esforço	4	4	4
Dois minutos após o mesmo exercício, encontramos uma frequência cardíaca correspondente a 150% da frequência cardíaca medida antes do esforço	3	3	3
Dois minutos após o mesmo exercício, encontramos uma frequência cardíaca correspondente a 180% da frequência cardíaca medida antes do esforço	2	2	2
Dois minutos após o mesmo exercício, encontramos uma frequência cardíaca correspondente a 200% da frequência cardíaca medida antes do esforço	1	1	1
Parar no decorrer do exercício	0	0	0

Observações (tensão tônico-postural e tônico-emocional, descontrole tônico-respiratório, sinais de fadiga, desmotivação, desatenção, etc.)

08.04.03. Endurance ao esforço físico (atribuir a cotação que melhor represente o desempenho – de 4 a 0)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Percorrer numa superfície plana, uma distância mínima de 2 Km em 12 minutos	4	4	4
Percorrer numa superfície plana, uma distância de 1,5 Km em 12 minutos	3	3	3
Percorrer numa superfície plana, uma distância mínima de 1 Km em 12 minutos	2	2	2
Percorrer numa superfície plana, uma distância mínima de 0,5 Km em 12 minutos	1	1	1
Percorrer numa superfície plana, uma distância inferior a 0,5 Km em 12 minutos	0	0	0

Observações (tensão tônico-postural e tônico-emocional, descontrole tônico-respiratório, sinais de fadiga, desmotivação, desatenção, etc.)

08.04.04. Velocidade adequada durante o esforço físico (atribuir a cotação que melhor represente o desempenho – de 4 a 0)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Efetuar durante 30 segundos, sete idas e voltas, entre duas linhas marcadas no solo distantes em cinco metros	4	4	4
Efetuar durante 30 segundos, cinco idas e voltas	3	3	3
Efetuar durante 30 segundos, três idas e voltas	2	2	2
Efetuar durante 30 segundos, duas idas e voltas	1	1	1
Efetuar durante 30 segundos, uma ida e volta	0	0	0

Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, descontrolo tónico-respiratório, sinais de fadiga, desmotivação, desatenção, etc.)

08.04.05. Praticar uma atividade desportiva (atribuir a cotação que melhor represente o desempenho – de 4 a 0)

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação
Consagrar uma hora por semana, no mínimo, à prática de uma atividade desportiva (bicicleta, jogging, futebol, etc.)	4	4	4
Consagrar duas horas por mês à prática de uma atividade desportiva	3	3	3
Praticar esporadicamente uma atividade desportiva (uma vez num período de dois meses)	2	2	2
Praticar ocasionalmente uma atividade desportiva (uma a duas vezes por ano, por ex. nas férias)	1	1	1
Não ter praticado nenhuma atividade desportiva no decorrer do último ano	0	0	0

Cotação do perfil psicomotor: entre zero (0) e oitenta (80). A uma pontuação mais alta, corresponde um perfil psicomotor mais funcional.

Plano Programa Individualizado (PPI)	Data: __/__/__
Problemas	Do Fisioterapeuta:
	Da Pessoa ou do seu cuidador:
Diagnóstico em Fisioterapia	
Prognóstico	
Objetivos	Do Fisioterapeuta:
	Da Pessoa ou do seu cuidador:
Plano de intervenção	

Anexo 2- Questionário de Toque Social

Questionário de Toque Social (QTS)

(Vieira AI, Ramos AV, Cavalheiro LM, Almeida P, Nogueira D, Reis E, Nunes MV e Castro-Caldas A., 2016)

Nome: _____ Idade: ____ Data: __/__/____

As seguintes afirmações fornecem uma variedade de afetos e atitudes relativos ao toque social. Indique até que ponto cada uma das seguintes afirmações o/a caracteriza ou é verdadeira.

0=absolutamente nada 1=ligeiramente 2=moderadamente 3=muito 4=extremamente

Item		0	1	2	3	4
1	Normalmente gosto que as pessoas manifestem o seu afeto por mim de uma forma física*					
2	Sinto-me pouco à vontade quando alguém que não conheço muito bem me dá um abraço					
3	Fico nervoso(a) quando uma pessoa não larga a minha mão depois de um aperto de mão					
4	Normalmente procuro contato físico com os outros*					
5	Sinto-me constrangido/a se tenho de tocar em alguém para chamar a sua atenção					
6	Considero-me uma pessoa que gosta de expressar afeto através do toque*					
7	Aborreço-me que alguém me toque inesperadamente					
8	Sentir-me-ia pouco à vontade se um professor me tocasse no ombro em público					
9	Teria todo o gosto em fazer uma massagem no pescoço ou nos ombros a uma pessoa amiga que estivesse tensa*					
10	Sinto-me pouco à vontade se tiver contato físico com um estranho no autocarro ou no metropolitano					
11	Gosto de receber carícias em situações íntimas*					
12	Quando era criança, os meus familiares (por exemplo, pais, irmãos) faziam-me festas muitas vezes*					
13	Preferiria evitar dar apertos de mão a estranhos					
14	Cumprimento os meus amigos mais chegados com um beijo na face*					
15	Sinto-me à vontade ao tocar em pessoas que não conheço muito bem*					
16	Sinto-me enojado(a) quando vejo demonstrações íntimas de afeto em público					
17	Sentir-me-ia ansioso(a) se alguém que tivesse acabado de conhecer me tocasse no punho					
18	Se tivesse condições, todas as semanas fazia massagens com um profissional*					
19	Detesto que me façam cócegas					
20	Gosto de fazer festas a animais*					

*item cotado em sentido inverso

Para obter a pontuação total, dez dos itens precisam ser codificados no sentido inverso (itens 1, 4, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 18 e 20), pois possuem polaridade negativa. A pontuação total é assim obtida pela soma das pontuações de cada um dos itens, com uma quantificação espectral da pontuação total numa escala de 0 (menor evitamento ao toque social) a 80 (maior evitamento ao toque social).

Anexo 3- Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interocetiva

Questionário de Avaliação Multidimensional da Consciência Interocetiva
Joana Isabel Palma Machorrinho e José Francisco Filipe Marmeleira (2017)

Em baixo encontra uma lista de afirmações. Indique por favor com que frequência cada afirmação se aplica a si na sua vida do dia a dia, considerando 0(zero) como nunca e 5 (cinco) como sempre.

	Nunca				Sempre	
1. Quando estou tenso(a), eu noto onde a tensão está localizada no meu corpo.	0	1	2	3	4	5
2. Eu noto quando estou desconfortável no meu corpo.	0	1	2	3	4	5
3. Eu noto quais as partes do meu corpo onde estou confortável.	0	1	2	3	4	5
4. Quando sinto dor ou desconforto, tento aguentar e continuar com o que estava a fazer.	0	1	2	3	4	5
5. Eu tento ignorar a dor.	0	1	2	3	4	5
6. Eu afasto as sensações de desconforto focando-me noutra coisa qualquer.	0	1	2	3	4	5
7. Quando sinto sensações corporais desagradáveis, ocupo-me com outra coisa qualquer para não ter de as sentir.	0	1	2	3	4	5
8. Se sinto algum desconforto, começo a preocupar-me que algo não está bem.	0	1	2	3	4	5
9. Eu consigo aperceber-me de uma sensação corporal desagradável, sem ficar preocupado(a) com ela.	0	1	2	3	4	5
10. Eu consigo manter-me calmo(a) e não me preocupar quando sinto desconforto ou dor.	0	1	2	3	4	5
11. Quando estou desconfortável ou com dor não consigo tirar isso da minha cabeça.	0	1	2	3	4	5
12. Eu consigo prestar atenção à minha respiração sem me distrair com as coisas que estão a acontecer à minha volta.	0	1	2	3	4	5
13. Eu consigo manter-me consciente das minhas sensações corporais internas, mesmo quando há muita coisa a acontecer à minha volta.	0	1	2	3	4	5
14. Quando estou a conversar com alguém, consigo prestar atenção à minha postura.	0	1	2	3	4	5
15. Se me distrair, consigo voltar a prestar atenção ao meu corpo.	0	1	2	3	4	5
16. Eu consigo redirecionar a atenção dos meus pensamentos para as sensações do meu corpo.	0	1	2	3	4	5
17. Eu consigo manter a consciência de todo o meu corpo mesmo quando uma parte de mim está com dor ou desconforto.	0	1	2	3	4	5

18. Eu sou capaz de focar-me conscientemente no meu corpo como um todo.	0	1	2	3	4	5
	Nunca			Sempre		
19. Eu noto como o meu corpo se altera quando estou zangado(a).	0	1	2	3	4	5
20. Quando algo não está bem na minha vida consigo senti-lo no meu corpo.	0	1	2	3	4	5
21. Eu noto que o meu corpo fica diferente depois de uma experiência tranquila.	0	1	2	3	4	5
22. Eu noto que a minha respiração se torna mais livre e fácil quando me sinto confortável.	0	1	2	3	4	5
23. Eu noto como o meu corpo se altera quando me sinto feliz/contente.	0	1	2	3	4	5
24. Quando me sinto sobrecarregado(a), consigo encontrar um lugar de paz dentro de mim.	0	1	2	3	4	5
25. Quando dirijo a minha consciência para o meu corpo sinto uma sensação de calma.	0	1	2	3	4	5
26. Eu consigo usar a minha respiração para diminuir a tensão.	0	1	2	3	4	5
27. Quando fico preso(a) a pensamentos, consigo acalmar a minha mente focando-me no meu corpo ou na minha respiração.	0	1	2	3	4	5
28. Eu “escuto” a informação que o meu corpo me dá sobre o meu estado emocional.	0	1	2	3	4	5
29. Quando eu estou aborrecido(a), procuro perceber como o meu corpo se sente.	0	1	2	3	4	5
30. Eu “escuto” o meu corpo para saber o que fazer.	0	1	2	3	4	5
31. Eu sinto-me bem no meu corpo.	0	1	2	3	4	5
32. Eu sinto que o meu corpo é um lugar seguro.	0	1	2	3	4	5
33. Eu confio nas minhas sensações corporais.	0	1	2	3	4	5

Instruções de Cotação

Calcule a média de cada escala.

Nota: Inverta as pontuações dos itens 4,5, 6, e 7 de Não se Distrair, e os itens 8 e 11 de Não se Preocupar.

1. Notar: Consciência de sensações corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras
 $Q1______ + Q2______ + Q3______ / 3 = ______$

2. Não se Distrair: Tendência para não ignorar ou não se distrair de sensações de dor ou desconforto $Q4(\text{invertido})______ + Q5(\text{invertido})______ + Q6(\text{invertido})______ + Q7(\text{invertido})______ / 4 = ______$

3. Não se Preocupar: Tendência para não se preocupar com sensações de dor ou desconforto.
 $Q8(\text{invertido})______ + Q9______ + Q10______ + Q11(\text{invertido})______ / 4 = ______$

4. Regulação Atencional: Capacidade de controlar e manter a atenção em sensações corporais
 $Q12______ + Q13______ + Q14______ + Q15______ + Q16______ + Q17______ + Q18______ / 7 = ______$

5. Consciência Emocional: Consciência da relação entre sensações corporais e estados emocionais $Q19______ + Q20______ + Q21______ + Q22______ + Q23______ / 5 = ______$

6. Auto-Regulação: Capacidade de regular o stress negativo através da atenção a sensações corporais e de uma escuta ativa do corpo $Q24______ + Q25______ + Q26______ + Q27______ + Q28______ + Q29______ + Q30______ / 7 = ______$

7. Confiar: Experienciar o próprio corpo como seguro ou de confiança $Q31______ + Q32______ + Q33______ / 3 = ______$

A pontuação total final pode variar entre 0 e 190, sendo que as pontuações totais mais elevadas correspondem a melhores níveis de consciência interoceptiva. Permite diferenciar 8 subescalas:

Noticing (Notar): relacionada com a atenção dada às alterações corporais mais ou menos intensas e momentâneas, devidas a diferentes fatores;

Not-distracting (Não se distrair): inclui a tendência para se distrair ou não da sensação de desconforto, em que pontuações superiores indicam uma menor utilização da distração como mecanismo de fuga em relação a sensações corporais desagradáveis;

Not-worrying (Não se preocupar): refere-se à capacidade de manter o equilíbrio emocional na situação de desconforto físico;

Attention Regulation (Regulação atencional): mede a capacidade de manter a atenção e o controlo de processos corporais;

Emotional Awareness (Consciência emocional): avalia o reconhecimento de relações existentes entre alterações fisiológicas e determinadas emoções, como a raiva e o medo;

Self-regulation (Autorregulação): mede a capacidade de regular o stress negativo, concentrando-se nas sensações do corpo; Body Listening (Escutar o corpo), refere-se à tendência para utilizar ou não as capacidades de insight enquanto ouve ativamente o corpo; e

Trusting (Confiar): que se refere à vivência do corpo como um lugar seguro.

Relaxamento de Laura Mitchell

Relaxamento Laura Mitchel - <https://youtu.be/q26bLwm4rUY>

Feche os seus olhos e concentre-se no seu corpo.

1. Ombros

- “Estire os seus ombros na direção dos seus pés”
- “Pare. Memorize a nova posição”
- “Sinta os seus ombros mais baixos, mais afastados das orelhas. Sinta o seu pescoço mais longo”

2. Cotovelos

- “Leve os cotovelos para fora, deslizando os braços sobre o apoio”
- “Quando sentir que a posição é confortável, pare e memorize a nova posição”
- “Sinta os seus braços bem afastados do corpo”
- “Sinta o ângulo formado pelos cotovelos”
- “Sinta o peso dos braços sobre o apoio”

3. Mãos

- “Esticar os dedos de modo a ficarem tão longos quanto possível”
- “Sinta os seus dedos a abrir e a endurecer”
- “Sinta os polegares bem afastados dos outros dedos”
- “Pare e memorize as novas sensações”
- “Sinta agora os seus dedos estirados, separados e a tocar no apoio”
- “Sinta as unhas nas pontas dos dedos”

4. Anca

- “Rode as pernas para fora de forma que os seus joelhos fiquem a «olhar» para fora”
- “Pare e memorize a nova posição”
- “Sinta as suas coxas rodadas para fora”
- “Sinta as suas rótulas viradas para fora”

5. Joelhos

- “Mova lentamente os joelhos até conseguir a comodidade desejada”
- “Pare e memorize as novas sensações”
- “Sinta o efeito da comodidade nos seus joelhos”

6. Pés

- “Estenda os pés para longe do seu rosto, dobrando-os para baixo e encolhendo os dedos”
- “Pare e memorize as novas sensações”
- “Sinta os seus pés pesados”

- “Sinta-os no final das suas pernas”

7. Corpo

- “Cole o seu corpo todo na superfície de apoio”
- “Pare e memorize as novas sensações”
- “Sinta o contacto da cabeça contra o apoio”
- “Sinta todas as partes do corpo que se encontram em contacto com o(s) apoio(s).
- “Sinta o corpo bem afundado no apoio”

8. Respiração

- “Inspire, uma vez, suavemente pelo nariz e solte o ar pela boca”
- “Pare e memorize as sensações despertadas pela passagem do ar”
- “Sinta toda a trajetória do ar”

9. Queixo

- “Puxe o queixo para baixo suavemente e separe os dentes de cima dos de baixo”
- “Pare e memorize a nova posição”
- “Sinta os maxilares separados”
- “Sinta os lábios afastados e moles”

10. Língua

- “Pressione a língua para baixo”
- “Pare e memorize as sensações”
- “Sinta a sua língua solta e bem espalhada na boca”
- “Sinta a garganta livre”

11. Olhos

- “Feche os olhos com força”
- “Pare e memorize as sensações”
- “Sinta as pálpebras repousadas suavemente sobre os seus olhos”
- “Sinta que os olhos estão sem qualquer movimento”
- “Desfrute a escuridão”

12. Testa

- “A pele acima das sobrancelhas está a ficar mais lisa e essa sensação está a prolongar-se pelo alto da cabeça, para baixo e para trás da nuca”
- “Pare e memorize esta sensação”
- “Sinta o couro cabeludo mais liso, como se tivesse uma touca elástica que vai amolecendo devagar”

13. Mente

- “Pode reviver mentalmente toda a sequência dos exercícios ou pode escolher um assunto em que goste de pensar ou reviver algum episódio feliz do seu passado”

- “Deixe a mente entreter-se com esses pensamentos, sem fazer esforço, apenas para a manter ocupada”

14. Voltar à atividade

- “Vai começar a movimentar lentamente o seu corpo, espreguiçar e bocejar se precisar”
- “Abrir os olhos e repousar o olhar num ponto fixo”

15. Verbalização

Ordem em cada movimento solicitado: *“Contrair com força, sentir a contração (GO ACTIF), sentir o desaparecimento, deixar cair, fazer desaparecer todas as sensações/tensões musculares existentes (GO NEGATIVE)*

Feche os seus olhos e concentre-se no seu corpo.

Membro superior direito:

- Extensores dos dedos
- Flexores dos dedos
- Extensores do punho
- Flexores do punho
- Extensores do cotovelo
- Flexores do cotovelo
- Flexores do ombro
- Elevadores do ombro

Membro superior esquerdo:

- Os mesmos movimentos anteriores

Membro inferior direito:

- Flexores plantares
- Flexores dorsais
- Extensores do joelho e anca
- Flexores do joelho e anca

Membro inferior esquerdo:

- Os mesmos movimentos anteriores

Tronco e abdómen:

- Abdominais
- Extensores da coluna
- Extensores dorsais + Extensores dos membros superiores
- Peitorais

Cervical:

- Rotação para a direita
- Rotação para a esquerda
- Flexão
- Extensão

- Elevação

Face:

- franzir as sobrancelhas
- Enrugar a testa
- Fechar as pálpebras com força
- Mover os globos oculares em todas as direções com as pálpebras fechadas
- Sorrir
- Contrair os lábios como se pronunciasse a letra “O”
- Estender a língua para fora
- Contrair os maxilares, abrir a boca, contar devagar de 1 a 10, fechar a boca e engolir

Verbalização

Treino Autógeno de Shultz (Ciclo inferior) - <https://youtu.be/PEtTWrlWQZM>

Feche os seus olhos e concentre-se no seu corpo.

1. Concentração Mental

- “Eu estou completamente calmo” (Repetir várias vezes)
- “Vai tentar passar esta frase, de uma forma verbal para uma forma mais vivida”
- “O meu corpo está completamente calmo”
- “Pense num pôr-do-sol” (Referir alguns detalhes)
- “Pense no vento a baloiçar as folhas das árvores” (Referir alguns detalhes)
- “Pense no sorriso de alguém que goste”

2. Sensação de Peso

- Iniciar pelo lado dominante ou pelo lado que não tem qualquer problema.
- Trabalha-se 1, 2, 3 ou os 4 membros e estende-se sempre a sensação ao resto do corpo.
- “O meu braço direito/esquerdo está muito pesado”
- “Imagine que o seu braço direito/esquerdo é uma barra de ferro ou chumbo”
- “O braço está tão pesado e é como se se enterrasse no colchão”
- “Vai tentar estender essa sensação para todo o corpo”

Repetir:

“Eu estou completamente calmo”

“O meu corpo está muito pesado”

3. Sensação de calor

- Iniciar pelo lado dominante ou pelo lado que não tem qualquer problema.
- Trabalha-se 1, 2, 3 ou os 4 membros e estende-se sempre a sensação ao resto do corpo.
- “O meu braço direito/esquerdo está muito quente”
- “Imagine que está numa praia debaixo de um toldo e a única parte do corpo que se encontra ao sol é o seu braço direito/esquerdo”
- “O meu braço direito/esquerdo está muito quente”

Repetir:

“Eu estou completamente calmo”

“O meu corpo está muito pesado”

“O meu corpo está muito quente”

4. Controlo Cardíaco

- “O meu coração bate calmo e forte”

- “Imagine que é um pêndulo de um relógio de parede”
- “É um movimento calmo e forte”
- “O meu coração bate calmo e forte”

Repetir:

“Eu estou completamente calmo”

“O meu corpo está muito pesado”

“O meu corpo está muito quente”

“O meu coração bate calmo e forte”

5. Controlo Respiratório

- “Estou a respirar calmamente”
- “Deixe-se levar pela sua respiração”
- “Imagine que é um barco num mar calmo, que sobe e desce nas ondas”
- “Imagine que é uma seara batida pelo vento, uma parte dobra-se ao vento e a outra levanta-se de seguida”
- “Todo o meu corpo respira”

Repetir:

“Eu estou completamente calmo”

“O meu corpo está muito pesado”

“O meu corpo está muito quente”

“O meu coração bate calmo e forte”

“Estou a respirar calmamente”

6. Regulação dos Órgãos Abdominais

- “O meu ventre está muito quente”

Repetir:

“Eu estou completamente calmo”

“O meu corpo está muito pesado”

“O meu corpo está muito quente”

“O meu coração bate calmo e forte”

“Estou a respirar calmamente”

“O meu ventre está muito quente”

7. Sensação de Frescura na Fronte

- “A minha testa está agradavelmente fresca”
- “Imagine que abriram uma janela, está vento lá fora e uma brisa muito fresca banha a sua testa”
- “Imagine que vai na proa de um barco, o vento é frio e refresca agradavelmente a sua testa”
- “Imagine que despejaram uma loção muito fresca na sua testa e sente agora uma sensação muito agradável”

Repetir:

“Eu estou completamente calmo”

“O meu corpo está muito pesado”

“O meu corpo está muito quente”

“O meu coração bate calmo e forte”

“Estou a respirar calmamente”

“O meu ventre está muito quente”

“A minha testa está agradavelmente fresca”

8. Reprise

- “Vai começar a movimentar lentamente o seu corpo, espreguiçar e bocejar se precisar”
- “Abrir os olhos e repousar o olhar num ponto fixo”

9. Verbalização

Relaxamento dos membros superiores, inferiores, glúteos e extensores da coluna.

1ª Fase – Descontração mental

Começamos por induzir à calma: *“Agora vai fechar os seus olhos e procurar dentro de si uma imagem que seja calma e tranquila...Está calmo e tranquilo”*

Pausa

2ª Fase – Descontração neuromuscular

Seguidamente começa-se o relaxamento dos membros superiores:

“Concentre-se nos seus braços e nas partes em que vou tocar...”

“Vou agora tocar em diversas partes do seu braço e vai dirigir a sua atenção apenas para estas partes”

Toca-se no membro superior dominante. Realizar o toque afetivo e nomear as diversas partes desse membro (ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão):

Depois, diz-se:

“O seu ombro, o seu braço, o seu cotovelo, o seu antebraço, o seu punho e a sua mão estão calmos e descontraídos.”

Pausa

Passa-se a seguir à mobilização passiva e na amplitude média, dos diversos segmentos, isoladamente, para que a pessoa distinga as partes do corpo que estão tensas das que não estão.

“Vou mover o seu braço para que possa distinguir as partes que estão tensas das que não estão.”

De seguida diz-se:

“O seu braço está calmo e descansado...Está muito pesado...”

Pausa

Faz-se o mesmo para o outro braço (toque afetivo e mobilização passiva).

Depois de ter feito para o outro braço, induz-se a imagem que ambos *“os braços estão calmos e que formam um conjunto unido e calmo”*.

Pausa

Depois passa-se para o relaxamento dos membros inferiores: *“Concentre-se agora na perna que vou tocar.”*

“Vou agora tocar em diversas partes da sua perna e vai dirigir a sua atenção apenas para essas partes.”

Toca-se no membro inferior dominante. Segue-se um momento de toque afetivo das diversas partes desse membro.

Toca-se e nomeia-se as seguintes partes da perna: anca, coxa, joelho, perna, tornozelo e pé. Depois diz-se:

“A sua anca, a sua coxa, o seu joelho, a sua perna, o seu tornozelo e o seu pé estão calmos e descontraídos.”

Pausa

Passa-se em seguida à mobilização dos diversos segmentos do membro inferior:

“Vou movimentar a sua perna para que possa distinguir as partes que estão tensas das que não estão.”

Mobilizar lentamente e na amplitude média a anca, o joelho e a tibiotársica (para diagnosticar paratonias). De seguida, induz-se a sensação de tranquilidade e de peso: *“A sua perna está descontraída, tranquila e pesada. Está a sentir o mesmo que nos braços.”*

Pausa

Depois faz-se o mesmo para o outro membro inferior (toque afetivo e mobilização passiva).

Depois de se ter feito o relaxamento de cada perna isoladamente, diz-se: *“Todos os seus membros estão calmos e descontraídos. Fazem todos parte de um mesmo conjunto calmo, descontraído e muito pesado.”*

Aplica-se o toque afetivo, sem nomear, aleatoriamente nas diferentes partes dos braços e das pernas.

Pausa

Segue-se com o relaxamento dos glúteos: *“Concentre-se agora nas suas nádegas que são um prolongamento das suas coxas.”*

Coloca-se as mãos nas cristas ilíacas e provoca-se uma suave rotação do eixo corporal (embalar a pélvis suavemente).

“As suas nádegas estão calmas e descontraídas”

Pausa

Passa-se agora ao relaxamento das costas:

“Concentra-te agora nas suas costas que são constituídas pelos músculos que sente entre a cintura e os ombros”

Pequena pausa

“Sinta as suas costas entre a cintura e os ombros, que se estão a descontraír. As suas costas estão calmas e parece que estão a alargar-se e a expandir-se, sobre o colchão.”

Pausa

De seguida sugere-se: *“Vou movimentar os seus ombros para que possa perceber que esta é uma zona de transição entre as suas costas e o pescoço; e para sentir quais são as partes das suas costas que estão mais tensas.”*

O terapeuta, posicionado atrás da cabeça da pessoa, passa as mãos sobre os ombros e levanta o ombro de um dos lados enquanto deixa o outro tocar o colchão, alternadamente e de uma forma ritmada e suave. Depois faz-se o mesmo para o outro ombro.

Acabada a manipulação dos ombros, diz-se: *“Os seus ombros estão leves e descontraídos. Perceba que os músculos dos ombros e das costas se prolongam no pescoço. O pescoço e a nuca estão a descontraír-se. Tente senti-los. Estão muitos calmos...”*

Pausa

3ª Fase – Retorno

O terapeuta diz: *“Vai agora abandonar a imagem sobre a qual se fixou no início.”*

Pequena pausa

“Com força, agarrar os joelhos dobrados com as mãos, fletindo a cabeça. – Posição de “Bicho-de-Conta - Agora descontraia todo o corpo e deixe cair os braços e as pernas!”

Pequena pausa

“Quando quiser pode respirar fundo pelo nariz, deitar o ar fora pela boca e abrir os olhos.”

Exemplo do esquema de uma sessão completa com a pessoa em decúbito dorsal, olhos fechados, membros superiores ao longo do corpo e membros inferiores em extensão:

- **Momento de imobilidade** - pede-se à pessoa para que, durante cerca de 3' a 5', *escute o seu corpo e tome consciência da postura e das tensões*
- **Adaptação tónica** entre o fisioterapeuta e a pessoa – repousar uma mão sobre o braço e outra no antebraço. O fisioterapeuta deve tomar consciência e diminuir as suas próprias tensões tónicas emocionais.
- **Membros superiores** (primeiro realizar toque afetivo desde o ombro até à mão e depois mobilização suave e na amplitude média do ombro, cotovelo, punho e dedos)
- **Ombros** (toque afetivo e mobilização com pequenas oscilações)
- **Cervical** (toque afetivo e massagem)
- **Cabeça** (toque afetivo e massagem com descolamento do couro cabeludo)
- **Tempero-mandibular e restante face** (toque afetivo e massagem)
- **Tronco** (toque afetivo desde as axilas até às ancas, com uma mão de cada lado do tronco)
- **Embalar a pélvis** (mãos nas sacroilíacas e promover movimentos de embalo suaves)
- **Membros inferiores** (primeiro realizar toque afetivo desde a coxa até ao pé e depois mobilização suave e na amplitude média da anca, joelho, tibiotársica e dedos)
- **Finalizar, repousando por um instante, uma mão sobre a testa e outra sobre o ventre.**
- **Verbalizar** o que se sentiu, tanto a pessoa como o fisioterapeuta, abordando sobretudo a presença de paratonias

Mindful Breathing

O trabalho da respiração obriga que se dirija a atenção para as sensações. Cuidado: em situações clínicas com elevados níveis de stresse e ansiedade deve-se ponderar começar com técnicas de meditação, pois, por apelarem mais à reflexão, podem aumentar o pensamento circular (ruminante) e pode afastar a consciência das sensações e das vivências presentes, que é o que se pretende com o Mindfulness)

- 1ª atividade – respirar 1 vez bem fundo e deitar fora
- 2ª atividade - Mãos na grelha costal ínfero-lateral – inspirar pela boca (com som), sentir costelas a expandir e expirar
- 3ª atividade – 4 x (inspirar 4 tempos - suste 7 tempos - expirar 8 tempos)
- 4ª atividade
 - Tapar narina dta e respirar 3x
 - Tapar narina esq e respirar 3x
 - Tapar narina dta e inspirar 1x
 - Tapar narina esq e expirar 1x
- 5ª atividade – respirar 1 vez bem fundo e deitar fora em posições de neurodesenvolvimento (no nosso corpo permanecem memórias de alturas em que não havia stresse)
- 6ª atividade – sentados, empurrar suavemente com as mãos o tampo da cadeira, em direção ao chão e inspirar profundamente, reter e expirar (não deixar que alguns músculos funcionem como “músculos respiratórios” – dos ombros e da cervical)
- 7ª atividade – respiração de abelha (Bhramari Pranayama*): tapar as orelhas com as mãos, inspirar bem fundo, prender 5 seg. e expirar dizendo a letra “M” com os lábios cerrados e repetir 4/5 vezes.

**(Jagadeesan, T; Archana R, Kannan R, Timsi Jain, Aadhyyanth R. Allu, Tamil Selvi G, M. Maveeran, Maheshkumar Kuppusamy (2022).*