

FISIOTERAPIA EM SAÚDE MENTAL - A EXPERIÊNCIA INFORMA A EVIDÊNCIA

ORIENTAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS
E OUTRAS CONDIÇÕES MENTAIS

Ana Isabel Vieira | Graça Vilar | João Casaca | Maria Leonor Madureira



Ficha Técnica

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

Ordem dos Fisioterapeutas e 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

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

Ilustração

Ana Sofia Pedro, Especialista em Comunicação e Multimédia na ESSAlcoitão - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Imagem da capa gerada por inteligência artificial (OpenAI., 2023)

ISBN: 978-989-35962-1-0

DOI: <https://doi.org/10.71665/b48y-sv70>

Sobre os autores

Graça Vilar

Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses. Assistente Graduada de Psiquiatria, com formação Grupanalítica pela Sociedade Portuguesa de Grupanálise. Competência em Adictologia Clínica e a Subespecialidade de Psiquiatria Forense, pela Ordem dos Médicos.

Diretora do Departamento de Intervenção Integrada, do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, I:P:). Formadora em sessões e cursos científicos e participação regular no planeamento e desenvolvimento de diversas ações formativas, no domínio das substâncias de abuso e das dependências e em temas de psiquiatria geral.

Ana Isabel Vieira

Cédula profissional n.º 4376 da Ordem dos Fisioterapeutas. Licenciada em Fisioterapia pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSAlcoitão), em 1990, Mestre em Ciências da Educação, na especialidade de Educação para a Saúde, pela Faculdade de Motricidade Humana. Pós-Graduação em Neurociências e Psicomotricidade, pela Faculdade de Motricidade Humana em colaboração com a Organização Internacional de Psicomotricidade, com a qual obteve um Certificado Internacional de Ciências e Técnicas do Corpo. Doutorada em Ciências da Saúde, na especialidade em Reabilitação Neurológica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, cujo estudo se centrou em estratégias utilizadas na área da Fisioterapia em Saúde Mental e em Neurologia *“Unisensory and multisensory Self-referential stimulation of the lower limb: An exploratory fMRI study on healthy subjects”*. É consultora em inúmeros projetos de apoio à comunidade e pertence ao Centro de Investigação *“Business Research Unit (BRU-ISCTE)”*. Iniciou a sua prática clínica em 1990 no Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão/Ranholas, no âmbito da saúde mental, da neurologia, da músculo-esquelética e da reabilitação profissional, com envolvimento em diversos projetos internacionais na área da saúde mental. Professor Adjunto Convidado na 1ª Pós-graduação em Saúde Mental para Fisioterapeutas, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP). É Professor Adjunto na ESSAlcoitão desde 2003 até à data. Prática privada como Fisioterapeuta na área da fisioterapia neurofuncional.

ORCID: [0000-0001-6023-2362](https://orcid.org/0000-0001-6023-2362)

Ciência Vitae: <https://www.cienciavitae.pt/portal/651F-7E53-A25D>

SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=56537784900>

João Casaca Carreira

Cédula profissional da Ordem dos Fisioterapeutas nº 1587. Licenciado em Fisioterapia, em 2009, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS). Pós-graduação em Dor Crónica (ESS/IPS) em 2011. Mestre em *Cognitive and Clinical Neuroscience – Fundamental Neuroscience* pela Universidade de Maastricht, Países Baixos em 2013. Doutorado pela Universidade de Maastricht em 2016 com um estudo intitulado *“Making sense of antisense oligonucleotides in experimental Huntington’s disease”*. Experiência profissional como investigador na área das Neurociências. Fisioterapeuta na Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (2009-2011), com formações na área das Doenças do Movimento. Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) de 2016 a 2022, onde coordenou a 1ª edição da Pós-Graduação em Saúde Mental para Fisioterapeutas. Professor Adjunto Convidado da ESS/IPS, desde 2017 no curso de Licenciatura em Fisioterapia e Mestrado em Prática Avançada em Neurologia. Professor Adjunto na ESSAlcoitão desde 2021 até à data. Prática privada como Fisioterapeuta na área das Doenças do Movimento.

ORCID: [0000-0002-3395-6768](https://orcid.org/0000-0002-3395-6768)

Ciência Vitae: <https://www.cienciavitae.pt/6E1D-94CE-F0E6>

Maria Leonor Madureira

Cédula profissional da Ordem dos Fisioterapeutas nº 1367. Fisioterapeuta desde 1984, pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSAlcoitão) – Bacharelato em 1984 e Licenciatura em 2001. Pós-graduação em Psicomotricidade pelo Instituto Português de Psicologia. Atribuição do Título de Especialista em Fisioterapia pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS) em 2023. Professor Adjunto Convidado desde 2016, no curso de Licenciatura e na 1ª Pós-graduação em Saúde Mental para Fisioterapeutas, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) e no curso de Licenciatura em Fisioterapia da ESS/IPS desde 2001. É ainda Professor Adjunto Convidado na ESSAlcoitão e na Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica Licenciatura (ESS/UL). Fisioterapeuta no Centro das Taipas desde 1987 e até à data, na Unidade de Desabituação para Toxicodependentes.

Nota de autor

Apresentamos este manual como um guia de boas práticas para a intervenção da Fisioterapia em condições de Saúde Mental no contexto português, sendo particularmente inovador e relevante para a área dos comportamentos aditivos e dependências, uma condição em que a Fisioterapia é pioneira em Portugal.

O seu desenvolvimento reflete a experiência e a reflexão clínica de um grupo de trabalho constituído por especialistas em Saúde Mental, incluindo membros do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD I.P.), da Ordem dos Fisioterapeutas e da Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Este grupo de trabalho, composto por Graça Vilar, Ana Isabel Vieira, João Casaca e Leonor Madureira, traz uma vasta experiência e conhecimento na interseção entre a Fisioterapia e a Saúde Mental.

Destaca-se por proporcionar orientações informadas pela evidência científica e experiências clínicas para a intervenção da Fisioterapia em Saúde Mental. Propõe uma abordagem holística e biopsicossocial, sublinhando a importância da integração de estratégias baseadas na comunicação e na relação terapêutica, assim como no movimento, no toque, no exercício, no relaxamento e na consciência corporal e emocional.

As orientações aqui apresentadas visam harmonizar a prática clínica dos fisioterapeutas, melhorar os resultados de intervenção e fornecer um suporte formativo contínuo para novos profissionais. Este manual encerra um contributo valioso para a prática clínica, reforçando a importância da Fisioterapia em Saúde Mental e o compromisso com cuidados integrados e de qualidade.

Esperamos que seja uma ferramenta útil para fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, promovendo a excelência na prática clínica e contribuindo para o bem-estar e a recuperação das pessoas que atendemos.

Prefácio a três mãos

Dr. Daniel Catalán-Matamoros

Presidente da *International Organization of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH)* - *World Physiotherapy*,
Fisioterapeuta.

The Vital Role of Physiotherapy in Mental Health Care Services

Nowadays, the prevalence of mental disorders has reached alarming proportions, impacting individuals of all ages and backgrounds. As we live in the complexities of the contemporary world, the burden of Mental Health disorders has become an undeniable reality. Given this scenario, the integration of innovative and holistic approaches to Mental Health care is imperative. This book addresses the pressing need for a paradigm shift, emphasizing the crucial role of physiotherapists in enhancing mental health services.

The statistics are overwhelming, with mental health disorders affecting millions globally. Depression, anxiety, and stress-related conditions have become widespread, influencing not only the individuals who suffer these challenges but also their families, communities, and societies at large. Recognizing the interconnection of mental and physical well-being is vital in developing effective strategies to tackle this mental health crisis.

In recent years, there has been a growing scientific acknowledgment that mental and physical health are fully linked, each influencing and shaping the other. This realization has encouraged a shift towards more comprehensive and integrated approaches to healthcare. In this context, the inclusion of Physiotherapy in Mental Health care services emerges as a crucial need in society. The profound impact of physical well-being on mental health cannot be ignored, and physiotherapists are uniquely positioned to address these aspects of patient care. Physiotherapy, traditionally associated with the treatment of physical problems and rehabilitation, is evolving to encompass a broader scope. The understanding that mental and physical health are inseparable has urged physiotherapists to expand their expertise, bridging the gap between these two domains. Now, physiotherapists offer hands-on approaches for patients suffering from mental health. Experts, including leading researchers in the field, have shown evidence-based interventions to empower physiotherapists in their crucial role within the broader Mental Health care landscape.

This book delves into the theoretical foundations, evidence-based practices, and practical applications that underscore the pivotal role of physiotherapists in promoting mental well-being. The central principle of this book rotates around the key message that mental and physical health are symbiotic and should be treated in tandem. Physiotherapists, armed with their comprehensive understanding of human anatomy, physiology, and movement, bring a unique perspective to mental health care. Through therapeutic exercise, body-mind interventions, relaxation techniques, and personalized therapeutic strategies, physiotherapists can contribute significantly to alleviating the symptoms of mental disorders and enhancing overall well-being.

As we embark on this journey through the book pages, it is my hope that readers will gain a deep appreciation for the therapeutic potential of Physiotherapy in Mental Health. By acknowledging the interconnectedness of mental and physical well-being, we pave the way for a more comprehensive and concerned approach to healthcare—one where physiotherapists stand as indispensable pillars in the delivery of mental health services.

A Fisioterapia na abordagem dos Comportamentos Aditivos e as Dependências

É com grande satisfação que o ICAD se associa à publicação deste livro sobre a Fisioterapia em condições de Saúde Mental, uma obra que sublinha a relevância crucial desta intervenção no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências. No Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), reconhecemos a importância de uma abordagem inovadora e multidisciplinar na prestação de cuidados.

O Modelo Português de intervenção nos comportamentos aditivos e das dependências, enfatiza o trabalho em equipas multidisciplinares e transdisciplinares, abordando as múltiplas dimensões das necessidades dos cidadãos afetados por essas problemáticas. A complexidade do adoecer com um comportamento aditivo e de dependência, frequentemente associada a múltiplos traumas, reflete-se num corpo maltratado, abandonado e não raras vezes automutilado. É nesse contexto que a Fisioterapia se destaca, oferecendo uma intervenção essencial para reabilitar e restaurar a integridade física e emocional dos indivíduos.

No ICAD, preconizamos a harmonização das práticas de intervenção, assegurando qualidade e consistência nos cuidados prestados. Este livro visa ser um instrumento de suporte vital para os fisioterapeutas que atuam nos domínios dos comportamentos aditivos e das dependências e outras comorbidades psíquicas, proporcionando uma atualização científica e um suporte formativo contínuo.

A Fisioterapia, como intervenção de proximidade à pessoa, não difere das abordagens em outras condições de saúde mental. No entanto, a necessidade de uma abordagem holística e biopsicossocial torna-a única e diferente neste modelo. Técnicas de movimento, de toque e de relaxamento, são fundamentais para tratar o corpo e a mente, promovendo a recuperação e o bem-estar.

Este livro é, portanto, um contributo valioso para a prática clínica, destacando a importância da Fisioterapia na reabilitação de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, reforçando o compromisso do ICAD em oferecer cuidados integrados e de qualidade.

A Saúde Mental, como uma área relevante nos cuidados prestados pelos fisioterapeutas

Esta obra surge na continuidade das “Linhas orientadoras para a intervenção em Fisioterapia no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências”, editadas em 2014 pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, mas alarga o seu âmbito, cumprindo um novo desafio e abrangendo novos potenciais interessados.

O novo desafio, sem perder de vista o trabalho realizado, e consolidado, no campo dos comportamentos aditivos e dependências, consiste em promover o reconhecimento mais alargado da Saúde Mental, como uma área relevante nos cuidados prestados pelos fisioterapeutas, tanto no plano nacional como internacional, e que a Ordem dos Fisioterapeutas sublinha e apoia, com a criação de um grupo de trabalho temático na área, e a sua filiação na *“International Organisation of Physical Therapy in Mental Health”*, um dos grupos especializados da *“World Physiotherapy”*.

Esta perspetiva, para além de mobilizar os fisioterapeutas, e, em particular, alertar os responsáveis pelos programas de formação de base e pós-graduada, destinados a fisioterapeutas, alarga aos outros profissionais de saúde, que connosco partilham o dia a dia, a divulgação do potencial dos resultados, e mais valias, que podem surgir de uma colaboração mais consistente com os fisioterapeutas.

Independentemente de se poder perspetivar uma especialização dos fisioterapeutas na área da Saúde Mental, é hoje muito clara a necessidade de equipar os fisioterapeutas, logo na formação inicial, para a intervenção neste domínio. Resta-me, assim, agradecer aos autores este excelente contributo para esses objetivos, e garantir o apoio ao desenvolvimento desta iniciativa, por parte da Ordem.

Índice

Siglas e abreviaturas.....	11
Introdução	12
1. A Fisioterapia em condições de Saúde Mental	16
2. A história da Fisioterapia em Saúde Mental em Portugal – o exemplo do Centro das Taipas e do Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão/Ranholas	19
3. Fundamentos teóricos - O que nos informa a evidência?.....	22
4. As competências do fisioterapeuta para atuação com pessoas com condições de Saúde Mental	24
5. Proposta de um modelo de prática	28
5.1. Exame subjetivo.....	28
5.2. Exame físico	31
5.3. Avaliação.....	40
5.4. Diagnóstico em Fisioterapia e prognóstico funcional.....	42
5.5. Objetivos.....	42
5.6. Intervenção.....	42
6. Enquadramento legal e reconhecimento da Fisioterapia na área da Saúde Mental	68
7. Recomendações para a formação (inicial e ao longo da vida)	70
8. Desafios e oportunidades.....	72
9. Referências bibliográficas.....	74
10. Sites de interesse e recursos online	80
Anexos	82
Anexo 1 – Balanço Dinâmico – modulo 8 – protocolo de avaliação da Motricidade.....	82
Anexo 2 - Questionário de Toque Social	92
Anexo 3 - Exemplo de protocolos de técnicas de relaxamento e de <i>mindfulness</i>	93

Siglas e abreviaturas

Sigla	Designação
4-ESM	Modelo dos 4 elementos do sistema de movimento
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público.
ARS,I.P.	Administração Regional de Saúde, Instituto Público.
ARSVLT	Administração Regional de Saúde – Lisboa e Vale do Tejo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BA	Brodmann area
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CAT	Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CCR	Comportamentos Clinicamente Relevantes
CRI	Centro de Respostas Integradas
CRP – A/R	Centro de Reabilitação de Alcoitão/Ranholas - Instituto de Emprego e Formação Profissional
CT - ICAD	Centro das Taipas - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPC.ALV	Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
ESSAlcoitão	Escola Superior de Saúde do Alcoitão
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, Instituto Público. (ICAD, I.P.)
IDT, I.P.	Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
IOPTMH	International Organization of Physical Therapy in Mental Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPI	Plano de Programa Individualizado
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RMF	Ressonância Magnética Funcional
SCECS	Queixas Somáticas, Cognitivas, Emocionais, Comportamentais e Sociais
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
UIL	Unidade de Intervenção Local
WHO	World Health Organization
WPT	World Physiotherapy
WCPT	World Confederation of Physical Therapy

Introdução

A Saúde Mental é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2023) como um “estado de bem-estar em que cada indivíduo pode realizar a sua vida dentro do seu potencial, pode lidar com as situações de stresse normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade”. A Saúde Mental é parte integrante da saúde, é mais do que a ausência de doença e está intimamente associada à saúde física, ao comportamento e a fatores socioeconómicos e ambientais (WHO, 2004). É um “estado de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas capacidades, em harmonia com os valores universais da sociedade”. Estas capacidades cognitivas e sociais básicas são, a capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, ter empatia para com os outros, ter flexibilidade e capacidade para lidar com eventos adversos da vida. É amplamente reconhecida a influência dos fatores biológicos, psicológicos e sociais nos processos de saúde e de doença mental e física (WHO, 2004).

É fundamental salientar que nem todas as condições de Saúde Mental são consideradas uma doença mental. Os problemas psicológicos incluem, alterações de pensamento, das emoções e/ou do comportamento. Pequenas alterações nestas dimensões são comuns, mas quando causam angústia significativa à pessoa e/ou interferem na sua vida cotidiana, elas são consideradas uma doença mental. Os seus efeitos podem ser crónicos ou temporários (WHO, 2022).

Probst (2017), inclui nas perturbações comuns de Saúde Mental, os indivíduos com Saúde Mental frágil, com dor crónica, com doenças cardiovasculares, doença de Parkinson, artrite reumatoide, hipertensão, diabetes, síndrome metabólica, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), acidente vascular cerebral (AVC), obesidade, epilepsia e cancro, são acompanhados de uma "montanha-russa" de emoções, sentimentos de ansiedade, dor e sofrimento.

Por outro lado, Peralta, V. & Cuesta, M. (2017), classificaram a doença mental em (1) perturbações de neurodesenvolvimento, como a esquizofrenia, a perturbação obsessivo-compulsiva e as perturbações do espectro do autismo), (2) perturbações funcionais, como as psicoses (não afetivas e não esquizofrénicas), as perturbações depressivas e os comportamentos aditivos com ou sem substância e (3) as perturbações neurodegenerativas, como as demências (em especial a doença de Alzheimer).

Nesse sentido, optou-se por utilizar, ao longo deste trabalho, a terminologia “condição de Saúde Mental”, no sentido de enquadrar de uma forma ampla, os problemas psicológicos e a doença mental.

A OMS estimou que o número de pessoas com doença mental na região europeia ronde os 110 milhões, o que corresponde a cerca de 12% da população. Se forem incluídas as doenças mentais associadas ao consumo de substâncias, esse número aumenta 27 milhões (15% no total), aumentando muito mais se forem incluídas as demências. As doenças mentais constituem a principal causa de incapacidade e a terceira causa de anos de vida experienciados com incapacidade, depois das doenças cardiovasculares e do cancro (WHO, 2022).

Sabemos hoje também que, pessoas com doença mental têm maior probabilidade de desenvolver outras doenças crónicas não transmissíveis, pelo aumento do risco cardiovascular (M. Pérez-Piñar *et al.*, 2016). Skjærpe, N. *et al.* (2023), num estudo longitudinal a 20 anos, exploraram os determinantes da saúde que os indivíduos com doença mental consideram importantes para sua saúde, bem-estar e capacidade para ter uma vida significativa e identificaram duas dimensões compostas por oito categorias representativas dos determinantes da saúde. A primeira reflete os determinantes da saúde mental e física, com as seguintes categorias: acesso a cuidados saúde mental adaptados às necessidades individuais, estratégias durante a deterioração, uso de medicamentos psicotrópicos, manutenção de saúde física e estilo de vida saudável. A segunda reflete os determinantes sociais da saúde na gestão da doença mental e compreende três categorias: família e amigos, envolvimento em hobbies e atividades significativas e a influência do emprego na saúde mental. Nesse sentido, recomendam que a intervenção deve incluir a avaliação e a intervenção nas dimensões referidas.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2019), as doenças mentais (incluindo a demência e os comportamentos aditivos e dependências), enquanto doenças crónicas, são a primeira causa de incapacidade em Portugal e neste momento, constituem um dos grandes desafios da saúde pública, pois representaram 12% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade e 18% dos anos vividos com incapacidade. A prevalência é de 22,9%, sendo uma das mais altas da Europa juntamente com a Irlanda do Norte (23,1%). Em particular as perturbações de ansiedade (16,5%) e do humor (7,9%) são as mais comuns.

O consumo de psicofármacos, especialmente benzodiazepinas e antidepressivos, tem mostrado uma tendência de crescimento preocupante, sendo que, em 2016, 1,9 milhões de pessoas tiveram pelo menos uma prescrição de benzodiazepinas, principalmente mulheres entre 55 e 79 anos. A despesa em fármacos antipsicóticos tem diminuído desde 2016, enquanto a despesa em antidepressivos continua a crescer (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

O mesmo estudo refere ainda que a promoção da saúde mental nas várias fases da vida, especialmente na velhice, é crucial devido à associação com depressão e com a solidão, existindo

alguns dados de alerta, tais como, (1) as taxas de suicídio são mais elevadas entre pessoas com mais de 65 anos, com um risco maior entre homens, (2) relativamente à demência, em 2018, a prevalência era maior no Alentejo (1,2% dos utentes em cuidados primários) e (3) estima-se que a frequência de demência em Portugal seja de 20,8 por 1.000 habitantes, podendo chegar a 40,5 por 1.000 habitantes em 2050.

A dependência de drogas ou álcool, as doenças crónicas ou a incapacidade física de longa duração, podem causar depressão e esta doença mental é a quarta causa mais significativa de incapacidade em todo o mundo (Probst, M., 2017).

De acordo com Paulino *et al.* (2021), a Saúde Mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e a sua importância revelou-se ainda mais premente no âmbito da situação epidemiológica associada à pandemia de COVID-19 que o mundo atravessou, com o aumento do sofrimento psicológico, da ansiedade moderada ou grave, do stress pós-traumático, da depressão moderada a grave e do *Burnout*. A maior incidência de sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, nas várias das dimensões de Saúde Mental, foi em mulheres jovens, adultos entre os 18 e os 29 anos, desempregados e em indivíduos com mais baixo rendimento.

A OMS (WHO, 2022), no seu relatório “*World mental health report*”, refere a importância de ser realizado um trabalho conjunto para que se aprofunde o valor e o compromisso dado à Saúde Mental, remodelando os ambientes que influenciam a Saúde Mental e fortalecendo os sistemas que cuidam da Saúde Mental das pessoas. No entanto, os mitos e o estigma relacionados com a doença mental continuam também a persistir, mesmo entre os profissionais de saúde, sendo ainda muito grande o desconhecimento sobre o progresso das intervenções, ocorrido nas últimas décadas.

Em alguns países, os fisioterapeutas têm uma longa tradição de utilização da Fisioterapia em condições de Saúde Mental, tendo desenvolvido abordagens específicas direcionadas, tanto para problemas psicológicos comuns, como para doenças mentais graves, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (Probst, M., 2017).

Os fisioterapeutas estão preparados para os desafios da Saúde Mental e na sua prática clínica, são frequentemente confrontados com problemas psicológicos (problemas de sono, sofrimento psicológico e medo relacionado com a dor), que muitas vezes estão associados a problemas somáticos. Por outro lado, as pessoas que sofrem de problemas de Saúde Mental geralmente apresentam sintomas somáticos, representando um grande grupo de pessoas que procuram ajuda de fisioterapeutas em todo o mundo (IOPTMH, 2016).

Em Portugal, a Saúde Mental tem merecido especial atenção por parte do Governo, sobretudo com a publicação da nova Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de julho), que entrou em vigor a 20 de agosto de 2023. No entanto, apesar das medidas legislativas, as respostas implementadas são ainda insuficientes, com assinaláveis assimetrias geográficas e existindo uma clara falta de profissionais de saúde integrados nas equipas de Saúde Mental, assim como uma omissão da inclusão dos fisioterapeutas nessas equipas, como se pode constatar, tanto na Lei 35/2023, de 21 de julho, como anteriormente no relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (SNS, 2017). No entanto no relatório do Conselho Nacional de Saúde (2019), intitulado “Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década”, existe uma preocupação com a escassez e com a necessidade de inclusão de fisioterapeutas nas equipas de saúde mental.

No âmbito da educação, a área da Saúde Mental também tem sido um pouco negligenciada. Em 2020 foi realizado um estudo exploratório denominado “Competências dos fisioterapeutas na área da Saúde Mental em Portugal”, que concluiu que, em relação à formação, 78% dos fisioterapeutas afirmaram que a sua formação de base aborda o tema da Saúde Mental, mas é manifestamente insuficiente. Verificou-se ainda que a unidade curricular própria de Fisioterapia em Saúde Mental existe apenas no plano de estudos de duas escolas, sendo que, nas 17 restantes, existentes à data, o tema da Saúde Mental era integrado noutras unidades curriculares.

Em 2001, havendo já consciência da reduzida relevância que os próprios fisioterapeutas atribuíam à Saúde Mental, foi realizada uma proposta de um guia de boas práticas para a intervenção da Fisioterapia na área da Saúde Mental (Vieira e Madureira, 2001). Tendo como base estas propostas, em 2014, foram criadas as linhas orientadoras para a intervenção em Fisioterapia no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, editadas pelo Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) com o objetivo de uniformizar a prática da Fisioterapia neste contexto (Vilar *et al.*, 2014).

Passados quase 10 anos e com a evidência científica de que dispomos neste momento, é hora de voltar a reunir novos conhecimentos que possam sustentar as melhores práticas clínicas, dos fisioterapeutas que trabalham com pessoas com condições de Saúde Mental.

Nesse sentido, pretende-se que esta reedição das linhas orientadoras, figure como um instrumento reflexivo e operacional, que permita uma oferta de cuidados mais adequados a pessoas que sofram de condições de Saúde Mental. Por conseguinte foram determinados três objetivos principais:

- Harmonizar a prática clínica dos fisioterapeutas em condições de Saúde Mental;
- Melhorar os resultados e a qualidade da intervenção, refletindo sobre os resultados obtidos e redesenhando estratégias, que permitam a sustentabilidade de ganhos em saúde e de bem-estar social;
- Facilitar os processos formativos de novos profissionais, com a definição de padrões de prática em Fisioterapia em condições de Saúde Mental, capazes de garantir a defesa dos seus princípios fundamentais da pessoa.

1. A Fisioterapia em condições de Saúde Mental

A Fisioterapia em Saúde Mental é uma área transversal e específica da Fisioterapia, que atua em diferentes ambientes de saúde, de saúde mental, de psiquiatria e de medicina psicossomática. Tem como objetivo otimizar o bem-estar e empoderar a pessoa, através de estratégias de educação para a saúde e de promoção 1) da consciência do corpo, do movimento e das emoções 3) da funcionalidade, 4) do exercício e da atividade física, integrando sempre as dimensões física e mental e relacional.

A Fisioterapia em Saúde Mental é uma abordagem centrada na pessoa e ao longo do seu ciclo de vida, baseada num modelo biopsicossocial e informada e conduzida pela evidência científica. Atua em diferentes ambientes de saúde, de Saúde Mental, de psiquiatria e de medicina psicossomática, tentando otimizar o bem-estar e o empoderando a pessoa, através da educação para a saúde, da promoção da consciência do corpo, do movimento, da funcionalidade, do exercício e da atividade física, integrando sempre as dimensões física e mental

Probst et al. (2016)

A Fisioterapia em Saúde Mental privilegia uma abordagem biopsicossocial, informada pela evidência científica, centrada na pessoa e ao longo do seu ciclo de vida. 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 designado “Fisioterapia cognitivo-comportamental”.

Segundo Probst, M. (2017) os principais objetivos da Fisioterapia em condições de Saúde Mental são:

- Promover o bem-estar e a autonomia das pessoas com problemas de saúde física associados a problemas mentais, doença mental ou com dificuldade de aprendizagem, utilizando abordagens físicas para influenciar a Saúde Mental,
- Aconselhar e ensinar estratégias de prevenção e de gestão do stresse, assim como dos problemas físicos causados pelo stresse,
- Ensinar temas relacionados com o exercício, relaxamento e comunicação,
- Motivar as pessoas a adotarem hábitos de vida saudáveis,
- Manter (ou recuperar) competências sensoriomotoras, mentais e sociais, no sentido de preservar a capacidade funcional e a qualidade de vida,
- Trabalhar as capacidades sensoriomotoras de crianças com dificuldades corporais e comportamentais,
- Tratar problemas físicos e psicossomáticos.

Como já foi referido, nem todas as condições de Saúde Mental são consideradas uma doença mental e com base nesta premissa, é importante fazer um enquadramento prévio acerca do âmbito de atuação da Fisioterapia em Saúde Mental que, de acordo com Probst *et al.* (2020) se dividem em três dimensões de atuação, a saber:

- na relação entre os problemas psicológicos e as perturbações somáticas (perturbações de sono, medo relacionado com a dor, stresse psicológico e humor deprimido associado com uma condição clínica),
- na relação entre os problemas mentais ligeiros e as principais doenças crónicas não transmissíveis (ansiedade e depressão moderada associada a doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes e cancro; a depressão associada à dor crónica, a perturbação de stresse pós-traumático associada à fibromialgia e politraumatismos e a ansiedade associada à doença pulmonar obstrutiva crónica),
- na abordagem especializada das doenças mentais graves (depressão major, esquizofrenia, perturbações bipolares e comportamentos aditivos e dependências) em unidades/hospitais psiquiátricos e em serviços de apoio a comportamentos aditivos e dependências.

O âmbito da prática da Fisioterapia em condições de Saúde Mental é holístico, eclético e dinâmico (pois é constantemente informado pela evidência) e como tal consegue responder às necessidades de saúde das pessoas e da sociedade. No entanto, os próprios fisioterapeutas, assim como outros profissionais de saúde, muitas vezes não têm conhecimento do papel e dos benefícios da intervenção da Fisioterapia na área da Saúde Mental (Probst, 2020).

Os fisioterapeutas deverão possuir competências específicas teóricas, práticas e de relação interpessoal. Nesse sentido deverão (1) manter o compromisso com os mais altos padrões de prestação de cuidados, (2) efetuar uma comunicação centrada na pessoa (escuta ativa e incluir a perspectiva da pessoa), (3) contribuir para a tomada de decisão partilhada em ambiente interdisciplinar e, se necessário, (4) referenciar, (5) apoiar as pessoas a navegar no sistema de saúde (mental) e (6) promover a saúde em todos os níveis, especialmente a relação entre a saúde física e a Saúde Mental.

A evidência tem demonstrado a efetividade da intervenção da Fisioterapia na Saúde Mental, tendo como base o modelo “Fisioterapia cognitivo-comportamental”, composto por três dimensões principais, a dimensão educacional, a cognitiva e a comportamental, com estratégias de intervenção específicas, que iremos detalhar no ponto 5.6.

Os benefícios das intervenções da Fisioterapia nem sempre chegam às pessoas com problemas de Saúde Mental e um dos motivos é a falta ou a inadequada formação dos fisioterapeutas nesta área. A International Organization of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH), em 2020, criou linhas orientadoras para a integração da Saúde Mental nos planos curriculares dos cursos de Licenciatura em Fisioterapia, assim como para a formação pós-graduada especializada (para fisioterapeutas que integram equipas de Saúde Mental juntamente com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais) (Probst *et al.*, 2020).

2. A história da Fisioterapia em Saúde Mental em Portugal – o exemplo do Centro das Taipas e do Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão/Ranholas

Na história da Saúde Mental em Portugal destacam-se duas instituições que apoiaram a implementação de serviços de Fisioterapia dirigidos especialmente ao atendimento de pessoas com condições de Saúde Mental, o Centro das Taipas – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (CT – ICAD) e o Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão/Ranholas – Instituto de Emprego e Formação Profissional (CRP – IEFP).

Em 1987 foi aprovado um plano de combate à droga, o Projeto Vida, que contemplava ações nos domínios da prevenção da toxicomania, do tratamento, reabilitação e inserção social do toxicómano e, ainda no domínio do combate ao tráfico. Entre outras medidas preconizadas na área do tratamento, contava-se com a reestruturação dos serviços existentes e a entrada em funcionamento de uma unidade hospitalar de emergência para toxicómanos, da qual fazia parte, um serviço de desintoxicação e um centro de atendimento a tempo inteiro, em Lisboa, o Centro das Taipas. Este centro foi a primeira Unidade do Ministério da Saúde, exclusivamente vocacionada para o tratamento de toxicodependentes e com um serviço de Fisioterapia.

Com base na experiência do Centro das Taipas, foram criados nos anos seguintes os CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes), sob a dependência das Administrações Regionais de Saúde (ARS). No ano de 2002 surgiu o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), com o intuito de melhor poder assegurar o exercício dos deveres do Estado, quer no domínio do planeamento estratégico e operacional, quer no domínio da gestão dos recursos, garantindo a unidade intrínseca do planeamento, da coordenação, da conceção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento, e da reinserção no combate à droga e à toxicodependência. Em 2007, foram criados os Centros de Respostas Integradas (CRI), onde foi posicionado o Centro das Taipas, com uma atividade centrada na área da redução de riscos e da minimização de danos, do tratamento e da reinserção social de toxicodependentes e alcoólicos, estando organizado por equipas que visam responder a todas as áreas de Intervenção estabelecidas, tendo em conta os seguintes princípios: Integração de respostas, humanismo, pragmatismo, territorialidade, centralidade no cidadão e qualificação dos profissionais. Em 2011 o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (IDT, I. P.) foi extinto, com integração das suas atribuições no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), nas Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.) e na Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS).

A 11 de outubro de 2023, o Decreto-Lei n.º 89/2023, cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P., extinguindo, por fusão, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), bem como à reestruturação das Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.). Introduz, ainda, as alterações legislativas fundamentais para garantir a coerência normativa, a reconfiguração das estruturas de coordenação e a efetividade das políticas relacionadas com os comportamentos aditivos e as dependências.

O Centro das Taipas (1) segue até à data, o modelo integrado de intervenção, em que cada pessoa tem um terapeuta de referência (psiquiatra ou psicólogo clínico) com o qual constrói um projeto terapêutico e que o acompanha ao longo de todo o tratamento em consulta individual ou de grupo e (2) adota um paradigma biopsicossocial privilegiando a relação terapêutica e promovendo a saúde física, psíquica, emocional e a integração social da pessoa. Disponibiliza várias abordagens de intervenção: psicoterapia individual e de grupo de várias orientações, terapia familiar e grupos de apoio a familiares e a acompanhantes, bem como consulta de grávidas e puérperas, centro de dia e internamento para desabituação física.

Neste contexto, o fisioterapeuta presta cuidados à consulta externa, à área de dia, à unidade de internamento, à equipa materno-infantil, e está integrado em equipas multidisciplinares. As propostas de intervenção passam pela terapia pelo movimento, a terapia pelo relaxamento, a terapia de estimulação sensorial, pelo toque e pela palavra, enquanto e como forma de comunicação não verbal, como forma de cuidar, de avaliar, de manipular/manusear, de securizar e de reabilitar. Frequentemente são, ainda, utilizados meios físicos e naturais, assim como objetos mediadores da relação. A intervenção é centrada na pessoa e aferida às suas necessidades biopsicossociais. Trabalha-se um corpo negligenciado e auto violentado, doente, esquecido, que existe para troca de um prazer imediato: o consumo de substâncias. O fisioterapeuta diferencia-se pela aproximação corporal que propõe à pessoa, tentando atingir maiores níveis de segurança, reeducando e remodelando. Tem como objetivos (1) contribuir para o crescimento emocional e relacional, nunca esquecendo a díada corpo-mente, (2) ajudar a redescobrir, sentir e consciencializar o corpo, (3) “fazer” com que o corpo sinta, que seja atuante e integrado, (3) melhorar as capacidades funcionais, (4) aumentar o autoconceito (a autoestima e a autoimagem), (5) libertar a agressividade, (6) diminuir a ansiedade, (7) promover a diminuição da ansiedade e do stresse através de técnicas específicas da terapia pelo relaxamento.

A outra instituição pioneira em Portugal e que promoveu a intervenção da Fisioterapia em condições de Saúde Mental, foi o Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão/Ranholas – IEFP, onde em 1990

surgiu o serviço de Fisioterapia, com apoio específico a pessoas com diagnóstico de doença mental, integradas num projeto de reabilitação profissional. O serviço contava com a colaboração de uma equipa de médicos psiquiatras do Hospital Miguel Bombarda, uma fisioterapeuta, uma assistente social, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e um conselheiro de orientação profissional.

Neste contexto foram desenvolvidos projetos com parcerias internacionais, no sentido de desenvolver instrumentos de avaliação e planos de programas individualizados de intervenção, direcionados também para a doença mental.

Um dos projetos mais relevante e impactante foi o denominado “Projeto *Start*”, desenvolvido no âmbito do “Programa *Leonardo da Vinci*”, entre 1992 e 1998, onde colaboraram as seguintes instituições: (1) em Portugal, para além do C.R.P. A/R, o CEFPI do Porto, o ARSDOP e C.R.P. de Arnes de Coimbra, a CERCIMOR – Montemor-o-Novo do Alentejo, a CRACEP – Portimão do Algarve, a Aurora Social de Ponta Delgada – Açores, todos Centros de Formação Profissional para pessoas portadoras de deficiência (2) na Bélgica, a Elan e (3) França, a Association Interrrégionale de Guidance et de Santé (A.I.G.S.) e a Savoir et Competence Est.

No âmbito do projeto foi validado para a população portuguesa o instrumento “Balanço Dinâmico - Programas Individualizados de Reabilitação Psico-socioprofissional” (Savoir et Competence Est, Elan, A.I.G.S., C.R.P. A/R., 1998 & Salgado, F., 2002), composto por nove dimensões, a autonomia de base, a autonomia residencial, a autonomia comunitária, a linguagem e comunicação, a socialização, o trabalho, a cognição, a motricidade e a adequação do funcionamento pessoal. Apresentamos no anexo 1, o módulo 8 do Balanço Dinâmico – protocolo da avaliação da motricidade, utilizado como estratégia de avaliação da Fisioterapia nas condições de Saúde Mental e composto por quatro sub-dimensões, as capacidades posturais, as capacidades motoras finas, os recursos psicomotores e a atividade física.

Aprender a observar pessoas com condições de Saúde Mental, é um processo que requer maturidade, que só se adquire por via da experiência e da reflexão clínica e humana.

A experiência clínica das fisioterapeutas que passaram por estas instituições, permitiu o crescimento e a melhoria da prestação de cuidados a pessoas com condições de Saúde Mental em Portugal, com o desenvolvimento de orientações para a prática clínica neste contexto (Vieira e Madureira, 2001 e Vilar *et al.*, 2014).

3. Fundamentos teóricos- O que nos informa a evidência?

Nos últimos anos, a Neurociência Clínica tem sofrido um grande desenvolvimento em termos de técnicas e abordagens o que tem consequentemente informado as outras disciplinas científicas. A Psiquiatria e a Fisioterapia têm beneficiado destes avanços, e a evidência que apresentamos de seguida pretende ilustrar e sustentar a prática clínica nestas áreas. Como referido anteriormente, o Fisioterapeuta que trabalha na área da Saúde Mental utiliza o movimento e funcionalidade para atingir os seus objetivos terapêuticos. Uma das estratégias mais utilizadas é a promoção da atividade física e exercício e por esse motivo importa diferenciar estes dois conceitos. Atividade física é entendida como “qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos que se traduz num aumento de dispêndio de energia”. O exercício físico é considerado uma subcategoria da atividade física, definido como uma atividade planeada, estruturada e repetitiva com o objetivo último de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (Caspersen *et al.*, 1985).

A Neurociência do exercício, uma área de interesse crescente, tem-se dedicado a aumentar o conhecimento sobre os efeitos do exercício na saúde mental. A evidência tem mostrado que o exercício tem efeito em pessoas com doenças como depressão, demência, Doença de Parkinson, mas também no humor e saúde mental de pessoas que praticam exercício de forma regular (Portugal *et al.*, 2013). Alguns mecanismos neurobiológicos têm sido propostos para explicar os efeitos do exercício. O exercício tem sido associado a um aumento da síntese e libertação de neurotransmissores, assim como de fatores neurotróficos. Por sua vez, estes últimos estão implicados nos processos de neurogénese, angiogénese e neuroplasticidade (Portugal *et al.*, 2013). Alguns dos efeitos reportados pela prática regular de exercício físico são o aumento da capacidade funcional, melhoria da autonomia e da autoestima. (Portugal *et al.*, 2013).

Numa revisão integrativa de 2021 são apresentadas três hipóteses mecanísticas para explicar os efeitos do exercício na Saúde Mental: (1) a Saúde Mental melhora em associação com os efeitos físicos/hedónicos do exercício; (2) o exercício tem efeitos mediados por processos neurobiológicos; (3) o exercício é uma forma de cultivar mecanismos comportamentais de mudança (ex. autoeficácia e autocontrolo) (Smith e Merwin, 2021).

A serotonina desempenha uma função crítica na modulação do sono, humor, excitação, agressividade, impulsividade e interações sociais. Por exemplo, no autismo, estes comportamentos e sintomas estão alterados, devido a alterações no nível de serotonina e a redução da atividade no

sistema serotoninérgico tem sido associada a insónias, estados depressivos, alterações de humor, aumento da agressividade, impulsividade e redução de sociabilidade.

O stresse representa em termos biológicos qualquer estímulo percebido pelo corpo como uma ameaça – real ou potencial – para o seu equilíbrio. Aquando da presença de estímulos causadores de stresse, o corpo humano dá início a uma série de respostas com o objetivo de manter a homeostasia, assim como à formação de memórias que permitam ter uma resposta adequada em situações futuras. Quando este sistema é ativado de forma contínua ou excessiva, os sistemas de resposta ao stresse podem tornar-se negativos dando origem a alterações funcionais importantes (Rego, A. *et al.*, 2017). Na presença do estímulo causador de stresse, o corpo despoleta uma resposta rápida do tipo *flight-or-fight*, que pela ação do Sistema Nervoso Simpático segrega uma série de mediadores como as monoaminas, corticotropina e corticosteroides. Enquanto valores elevados e mantidos das hormonas do stresse resultam em défices comportamentais, o aumento destas hormonas de forma aguda relaciona-se com benefícios ao nível do desempenho comportamental. Além dos défices em termos de memória declarativa reportados na espécie humana, o stresse atinge ainda outros domínios comportamentais. Vários estudos demonstram que o stresse crónico está também associado a défices cognitivos em termos de memória de trabalho e flexibilidade comportamental. Se a memória de trabalho espacial depende da funcionalidade da interação entre hipocampo e córtex pré-frontal, a flexibilidade comportamental está na dependência da integridade do próprio córtex pré-frontal. A evidência sugere que a resposta ao stresse se inicia nas estruturas do hipocampo e que se propaga posteriormente a outras regiões cerebrais. Assim, o hipocampo parece funcionar como um eixo central através do qual flui informação sobre os eventos stressantes para as respostas neuroendócrinas ao stresse, cognição, motivação e emoção. As interações entre o hipocampo e a amígdala ou o núcleo accumbens, áreas envolvidas no controlo da emoção e motivação, respetivamente são bem conhecidas. A “amígdala alargada”, que inclui a amígdala e o núcleo da estria terminal, desempenha um papel crucial na determinação das respostas emocionais apropriadas, ação em que interage com o córtex pré-frontal. Níveis elevados de stresse crónico promovem hipertrofia da amígdala e ativam uma via recíproca que aumenta a plasticidade sináptica excitatória no núcleo basolateral da amígdala, um fenómeno associado com o aumento da codificação da memória do medo. Mais recentemente foi demonstrada ainda uma hipertrofia do núcleo da estria terminal em resposta à exposição a stresse crónico e que parece estar subjacente ao comportamento de tipo ansioso que se verifica nos indivíduos stressados (Rego, A., Duarte, C., Oliveira, C., 2017).

4. As competências do fisioterapeuta para atuação com pessoas com condições de Saúde Mental

Dimensões de Competências	Competências
Competências de conhecimento (Saúde Mental)	■ Ter conhecimento especializado das ciências naturais relacionadas à saúde: - Neurociências e especificamente as neurociências das emoções - Controlo motor - Neurofisiologia do exercício - Neurofisiologia do stresse e mecanismos do sono - Fisiopatologia ■ Ter conhecimento especializado em ciências biomédicas e ciências humanas relacionado com a Saúde Mental: - Modelo biomédico e biopsicossocial, / o contexto / a abordagem holística - Conceito básico de desenvolvimento psicológico - Aspetos específicos da Saúde Mental, como o suicídio, o comportamento automutilante e agressivo - Psicopatologia e a complexidade do ser humano - Aspetos psicológicos da dor - Teoria da imagem corporal ■ Demonstrar conhecimento e compreensão da área da Saúde Mental (conceitos, modelos, determinantes de Saúde Mental, fatores de risco e fatores protetores, estigma associado) ■ Ter consciência das causas e sintomas e conseguir refletir e discutir sobre a natureza complexa da doença mental, incluindo a deficiência intelectual ■ Ter consciência sobre os princípios de tratamento de doenças mentais graves, incluindo o papel da Fisioterapia ■ Ter uma compreensão teórica dos métodos de psicoterapia ■ Ter conhecimentos de psicofarmacologia e as implicações da medicação no comportamento motor e atividade física
Competências práticas (Avaliação, medida e interpretação dos dados)	■ Realizar uma avaliação de acordo com a prática baseada na evidência: - Utilizar métodos e técnicas de avaliação e de observação, específicas para as condições de Saúde Mental e para a doença mental, recolhendo dados pertinentes, aplicando capacidades de observação e reconhecendo a presença de perturbações associadas; - Avaliar de fatores psicológicos associados a problemas físicos com base em questionários, observação clínica e entrevista - Utilizar instrumentos de medida de avaliação psicológica ■ Avaliar os problemas motores, sensoriais, cognitivos e funcionais relacionados com a doença mental crónica e aguda, como por exemplo alteração de tónus muscular, controlo postural, noção do corpo, coordenação, marcha, integração sensorial e funções executivas (planeamento, execução e verificação da atividade motora); ■ Avaliar as dificuldades na atividade, associadas a problemas relacionados com a estrutura e função física e mental; ■ Manter os registos efetuados num formato claro, conciso e preciso;

Competências práticas (Princípios e técnicas de avaliação e intervenção)	■ Ter conhecimento de conceitos psicológicos incluídos na Saúde Mental e utilizáveis na prática da Fisioterapia ■ Ter conhecimento dos princípios de prevenção e de intervenção em pessoas com doença mental ■ Realizar um raciocínio clínico em Saúde Mental, baseado nos problemas identificados no exame subjetivo e objetivo ■ Realizar uma prática baseada em evidências ■ Ter um conhecimento e competências práticas relacionados com intervenções específicas da Fisioterapia: - Exercício e atividade física - Consciência sensorial, do corpo e do movimento - Toque e Massagem - Ensino e Educação para a saúde - Abordagens em pedopsiquiatria e em psicogeriatría - Terapias cognitivas e comportamentais (terapia pelo relaxamento, <i>mindfulness</i>, <i>biofeedback</i>, <i>pacing</i> (técnica de autogestão), imagética motora, etc) ■ Ter conhecimento sobre os modelos de mudança de comportamento e de promoção da saúde com a devida atenção à prevenção específica relacionada a Saúde Mental e com a doença mental ■ Fazer um diagnóstico em Fisioterapia com base no raciocínio clínico- Demonstrar raciocínio clínico no desenvolvimento de um plano de tratamento personalizado ■ Elaborar, implementar e avaliar um plano de tratamento, tendo em conta uma prática baseada na evidência e que seja adaptado e concertado com a pessoa ■ Demonstrar capacidade de desenvolver e implementar uma intervenção multidimensional com diferentes psicopatologias ■ Ter a capacidade de aplicar técnicas avançadas para tratar e avaliar pessoas com psicopatologias no contexto de um plano de intervenção, tendo em conta uma prática baseada na evidência ■ Ter conhecimentos das estratégias específicas de avaliação com crianças e adolescentes com problemas de Saúde Mental e em psicogeriatría ■ Compreender a relação entre perturbações de humor e eventos adversos precoces, incluindo dados sobre o tempo de permanência em unidade de cuidados intensivos neonatais ou história de abuso infantil ■ Discutir criticamente as indicações, a eficácia, a gestão de complicações, no acompanhamento da pessoa ■ Estabelecer objetivos realistas com a pessoa e/ou com o seu principal prestador de cuidados; ■ Planear e implementar programas de tratamento, sem excluir aqueles com dificuldades de comunicação; ■ Efetuar uma prática holística; ■ Proporcionar uma intervenção apropriada, relativamente ao modelo utilizado, no que se refere à gestão de conflitos, à capacidade de reconhecer alterações de comportamento, promovendo respostas adequadas; ■ Estabelecer programas de exercícios individuais ou em grupo para promover a saúde física e mental, melhorar as capacidades funcionais, confiança e autoestima, manter uma boa forma e maximizar a independência física, libertar a agressividade, promover o relaxamento, aprender a lidar com a ansiedade, prevenir ou atrasar a deterioração das capacidades físicas;
--	--

	■ Promover atividades, no âmbito da Fisioterapia, para alargar a interação social, aumentar a confiança, reduzir os comportamentos institucionais, ajudar na motivação, estimular o trabalho de equipa e competição; ■ Desenvolver a confiança da pessoa no movimento, mobilidade e função, com o objetivo da integração social, encorajando o uso dos recursos comunitários; ■ Promover ligações com a rede social de suporte, da qual podem fazer parte, pessoas, associações, clubes, paróquias, etc.;
Competências relacionais (Ética, comunicação e trabalho em equipa - inter e transdisciplinar)	■ O ambiente terapêutico tem de ser acolhedor; ■ O equipamento e o espaço deverão oferecer segurança; ■ Assegurar que a pessoa seja tratada pelo seu nome e não como um diagnóstico, tanto de uma forma verbal como escrita; ■ Ser honesto, demonstrando consciência e responsabilidade; ■ Usar uma terminologia e um estilo de comunicação apropriado às necessidades do indivíduo ou do grupo, mostrando-se sensível às diferenças culturais, modificando as aproximações consoante as situações; ■ Aplicar os princípios do consentimento Informado, reconhecendo o direito da pessoa a ter acesso à informação, sem violação do segredo profissional; ■ Obedecer a critérios de responsabilidade legal, relativamente à aplicação de legislação pertinente, ao cumprimento de regulamentos, políticas e protocolos para a prática; ■ Manter a confidencialidade, e no contacto direto deve assegurar-se a privacidade e a dignidade; ■ Deve ser utilizada farda, a não ser que constitua uma barreira à comunicação; ■ O primeiro contacto com a pessoa é extremamente importante e possui efeitos sobre a perceção que ela faz da sua situação, sobre o julgamento que faz do terapeuta, sobre o seu bem-estar e motivação; ■ Deve haver a preocupação de ser transmitida uma imagem positiva que sirva de modelo para as pessoas de quem cuida; ■ O fisioterapeuta deve demonstrar uma atitude positiva face à inserção social da pessoa. Para tal, devem ser trabalhados diferentes aspetos, como o seu aspeto físico, higiene e vestuário; ■ O primeiro contacto deve ser face-a-face, sem a existência de barreiras físicas e, deve-se evitar, pedir à pessoa que tire a sua roupa ou que se deite antes ou durante a entrevista; ■ Num primeiro contacto deverá sempre apresentar-se, tratar a pessoa pelo nome e considerar toda a informação anterior que possui sobre essa mesma pessoa; ■ A base da abordagem à pessoa, deve ser precedida de explicações lógicas, sempre que possível e/ou desejável; ■ Demonstrar competências na realização de entrevistas motivacionais; ■ Fomentar o envolvimento da pessoa em decisões relacionadas com a sua vida, fornecendo um bom suporte que lhe permita efetuar a sua escolha; ■ Saber que a pessoa tem o direito de recusar os tratamentos. No entanto é aconselhado a negociação e a reformulação do programa terapêutico, devendo ser transmitidas as consequências da recusa e a decisão final da pessoa ser respeitada; ■ Possuir capacidade de escuta ativa: estabelecer o contacto visual, mantendo um olhar e uma postura atenta, fornecer feedback verbal e não-verbal, pensar antes de responder, evitar julgamento e resistir ao efeito de halo, usar o tempo diferencial da comunicação para pensar e responder, procurar expressar com palavras próprias o conteúdo e o sentimento do interlocutor,

	repetindo ou reformulando, de uma forma assertiva, aquilo que o interlocutor está a dizer, fazer perguntas que permitam obter mais informação dando oportunidade de expressão à pessoa, mantendo sempre uma atitude empática; ■ O fisioterapeuta aborda um corpo desinvestido e sofredor. A sua ação diferencia-se pela aproximação corporal que propõe à pessoa, fomentando assim maiores níveis de segurança na relação consigo próprio e com os outros, reeducando e remodelando ■ A aproximação pelo toque e pelo movimento devem ser privilegiados. O ato de tocar e a sensação de ser tocado são experiências muito poderosas, e para tal, tem de ser estabelecido previamente um contrato com a pessoa. O movimento é a expressão motora de vivências intrapsíquicas; ■ O toque terapêutico deverá conter o toque instrumental e o toque afetivo. Sendo que o toque instrumental é o realizado numa tarefa ou procedimento específico (ex: exame físico) e o toque afetivo tem como objetivo demonstrar apoio, carinho e segurança, nomeadamente nas situações de dor, medo, ansiedade, depressão ou solidão; ■ O equipamento de eletroterapia deve ser evitado em pessoas que apresentem comorbilidades com quadros psicóticos, nomeadamente na psicose esquizofrénica em fase aguda; ■ O ensino à pessoa deve ser sempre considerado pois estimula a perceção das reações do seu corpo e os cuidados que deverá ter com ele; ■ O ensino à família é essencial para a diminuição da ansiedade, aumentando o seu envolvimento no processo terapêutico; ■ Procurar e aceitar feedback crítico para poder avaliar a informação dada à pessoa, às suas famílias e aos membros da equipa; ■ Dirigir especial atenção às relações de dependência que a pessoa poderá desenvolver, preparando sempre a autonomia e a separação; ■ A pessoa tem de ser apoiada por uma equipa multidisciplinar, em que o sentido da igualdade e o respeito mútuo são desenvolvidos. Todas as decisões devem colocá-la como “o ator principal” do seu próprio projeto. ■ Participar em programas de intervenção e orientação para a realidade em conjunto com outros profissionais e integrar reuniões e avaliações multidisciplinares. ■ Assegurar uma prática ética e segura, respeitando os direitos da pessoa, consultando outros profissionais de saúde, sempre que necessário; ■ Ter capacidade de auto motivação; ■ Possuir sentido de humor e otimismo realista.
Competências de gestão (Gestão em saúde)	■ Conhecimento da estrutura e dos atores relevantes para os cuidados de Saúde Mental ■ Reconhecer a organização, sistema e rede de Saúde Mental em Portugal ■ Descrever as perspetivas históricas e internacionais da Saúde Mental
Competências de investigação e desenvolvimento (Desenvolvimento profissional e de um perfil de investigador)	■ Promover o aperfeiçoamento ou treino profissional; ■ Reconhecer as próprias necessidades de aprendizagem e de formação contínua ■ Ser capaz de coletar e interpretar informações científicas relevantes relacionadas à Saúde Mental ■ Ser capaz de integrar conhecimentos de diferentes áreas e desenvolver novos conhecimentos e práticas inovadoras

5. 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).

5.1. 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, Bleijenberg 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)

Apresentamos de seguida uma proposta de guião de entrevista, segundo o 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? • Qual a perceção de alterações de controlo respiratório? • Existência de comorbilidades - queixas de saúde física devidas à medicação, a comportamento sedentário ou inatividade (doenças cardiovasculares, síndrome metabólica, obesidade, osteoporose etc.)
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? • Possui estratégias de <i>coping</i> inadequadas, como por exemplo, resistência ou impulso? • 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 perceção de controlo?) • O que espera da Fisioterapia? • *Importante perceber se existe déficit cognitivo. Recomenda-se a passagem dos instrumentos de avaliação cognitiva, que serão descritos no exame objetivo.
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: • Reação normal a uma perda, a problemas ou outras situações difíceis • Sem grande impacto na vida diária • Remite e o indivíduo mantém a sua vida diária • O indivíduo pode queixar-se de “sentir-se deprimido” • Depressão: • É uma patologia que afeta o humor, a forma pela qual nos entendemos, entendemos os outros e como nos relacionamos com os outros • Pode não ter fator predisponente e é de duração prolongada • Tem impacto no funcionamento da vida diária • Verificar se apresenta apatia • Verificar se apresenta alterações humor • Refere muitas incertezas? • Apresenta queixas de fadiga? • Está desmotivado em todos ou na maior parte dos aspetos da sua vida? • Quais os seus sentimentos em relação às queixas? • Sente-se desesperado, ansioso, zangado, preocupado ou desanimado?

	Qual o motivo destes sentimentos?
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?
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 o trabalho? - Existem consequências financeiras? - 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) (Vieira, A. I., Ramos, A. V., Carvalheiro, L. M., Almeida, P., Nogueira, D., Reis, E. A., Rosado, M. L., Nunes, M. V., Castro-Caldas, A., 2016) (anexo 2).

Durante o exame subjetivo, devem ser seguidos os princípios da “Entrevista Motivacional”, definidos por Miller e Rollnick (2001):

- expressar empatia;
- desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes;
- evitar discussões para não gerar atitudes de defesa;
- ajudar a pessoa a compreender e trabalhar as suas resistências;
- incentivar a autoeficácia, pois a crença na possibilidade de mudança é fator motivante importante.

A Entrevista Motivacional é definida como uma abordagem focada na mudança de comportamentos, particularmente naqueles em que existe um conflito interno entre duas realidades psicológicas. É um estilo de entrevista direta e centrada na pessoa, aplicando estratégias específicas para estimular a

motivação, mas sem rotular ou corrigir, responsabilizando a pessoa pelas estratégias de mudança negociadas em conjunto, envolvendo os familiares ou outros cuidadores chave (Miller e Rollnick, 2001).

5.2. Exame físico

No exame físico o fisioterapeuta deve começar pela análise qualitativa do movimento, composta por três etapas interligadas e que na maioria das vezes acontecem simultaneamente: observação, descrição e interpretação. Deve recolher, descrever e interpretar aspetos quantitativos, como a amplitude de movimento, a velocidade, a fluidez, a coordenação, a estabilidade, a duração do movimento e a sua eficiência, mas deve detetar e despistar dificuldades psicomotoras, como a tensão tónico-emocional, lentificação psicomotora ou a impulsividade motora, analisando também aspetos qualitativos das respostas, dando-lhes um significado psiconeurológico.

O movimento humano é um fenómeno complexo que envolve uma interação complexa entre múltiplos sistemas, nomeadamente o cognitivo e o emocional. O modelo dos 4 elementos do sistema de movimento (4-ESM) é um quadro referencial que descreve os componentes essenciais do movimento humano, incluindo a mobilidade articular, a força, a energia e o controlo motor. O fisioterapeuta deve ter a noção dos 4-ESM (mobilidade articular, força, resistência e controlo) e perceber como é que estes elementos podem ser influenciados pelos fatores pessoais e ambientais (McClure *et al.*, 2021). No entanto, não se deve ignorar que, o movimento não pode ser visto somente de uma perspetiva anatómico-mecanicista, mas também através do comportamento biopsicossocial da pessoa.

O elemento “mobilidade articular” é a amplitude de movimento de uma articulação. A mobilidade articular adequada é essencial para o movimento normal e uma limitação pode ter um impacto significativo no desempenho motor (McClure *et al.*, 2021).

O elemento “força” refere-se à capacidade de gerar força muscular suficiente para realizar uma tarefa, ou seja, a capacidade das estruturas contráteis (músculos) e não contráteis (tendões) em produzir movimento e proporcionar estabilidade dinâmica em torno das articulações durante tarefas estáticas e dinâmicas. A força muscular é um componente importante para a execução de atividades da vida diária e tarefas motoras mais complexas (McClure *et al.*, 2021).

O elemento “energia” refere-se à capacidade de gerar e sustentar a energia necessária para a realização de tarefas motoras prolongadas ou repetitivas e depende do funcionamento integrado dos sistemas cardiovascular, pulmonar e neuromuscular e é fortemente influenciada por outros sistemas, como por exemplo, endócrino e o emocional. A falta de energia pode manifestar-se de várias maneiras e pode incluir componentes subjetivas e objetivas. Os sinais subjetivos de falta de energia incluem aumento da percepção de esforço (por exemplo, avaliação de esforço percebido), fadiga ou sintomas de intolerância (por exemplo, dispneia, tonturas, angina, etc.). A evidência objetiva de falta de energia inclui respostas fisiológicas excessivas à atividade (por exemplo, aumento excessivo da frequência cardíaca, da pressão arterial ou da respiração) assim como interação com as capacidades de produção de força ou com o controlo motor.

O elemento “controlo motor” refere-se à capacidade de iniciar, coordenar e executar movimentos com precisão e eficiência. Isso envolve a integração de várias estruturas e funções do sistema nervoso, de forma a controlar e monitorizar o movimento (McClure *et al.*, 2021). Em condições de Saúde Mental, o comportamento motor é também analisado à luz do “Modelo Laboral de LURIA” (Luria, A.R., 1973). Este é um modelo explicativo da relação entre o cérebro e o comportamento humano, também designado como e que defende que a atividade sincronizada e harmoniosa do cérebro humano, permite receber informação do mundo exterior, criar uma autoimagem subjetiva da realidade objetiva, predizer e antecipar o futuro, avaliar os resultados das ações, regular e ajustar os comportamentos.

O controlo motor depende da receção e processamento de inputs sensoriais relevantes provenientes da visão, do sistema somatossensorial e do sistema vestibular e, em seguida, é selecionada, planeada e executada a ação para alcançar os objetivos da tarefa. A transformação da sensação em ação depende da integridade das vias sensoriomotoras, bem como das redes perceptuais e cognitivas no cérebro, incluindo o cerebelo e os gânglios da base. De forma geral, o controlo motor envolve mecanismos de *feedforward* cruciais para o planeamento e execução, e mecanismos de feedback necessários para a adaptação de ações direcionadas a um objetivo (Zarzycki *et al.*, 2022).

Warren *et al.* (2023) reforçam a necessidade de uma avaliação holística da pessoa com doença mental, nomeadamente a esquizofrenia, a doença bipolar e a depressão major, visto que, a fragilidade é maior nestes indivíduos do que na população em geral. A fragilidade combina o envelhecimento biológico, a existência de comorbidades (diabetes, asma e cancro, bem como déficits sensoriais e dor crónica) e fatores psicossociais e pode ser preditiva de resultados adversos para a saúde. Nesse sentido devem ser avaliados os principais componentes que determinam o nível de fragilidade, como

a presença de perda de peso (intencional ou não) no último ano, sensação de exaustão nas últimas 2 semanas, baixa atividade física nas últimas 4 semanas, diminuição da força de preensão manual e diminuição da velocidade da marcha habitual.

No anexo 1, como já referido anteriormente, apresentamos um instrumento de avaliação da Fisioterapia nas condições de Saúde 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 em condições de Saúde 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 hipomobidade e a uma hipotonidade corresponde uma hipermobidade. Pode ainda haver situações de aumento de tónus 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)	○ 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 ○ 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 penetração (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 em condições de Saúde 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 percepção 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 Percepção do corpo (Vignemont, F., 2010 e Auclair, L., Noulhiane, M., Raibaut, P., & Amarengo, 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)

Elemento do movimento	Possíveis causas das limitações em condições de Saúde Mental	Estratégias de avaliação
		○ <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 proprioção 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) ○ 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 sincínésias, de alterações de tônus, de postura e de padrão respiratório) ○ Tamborilar

Elemento do movimento	Possíveis causas das limitações em condições de Saúde Mental	Estratégias de avaliação
	○ Presença de sinais catatónicos (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)	○ Sinais catatónicos ○ Rigidez ○ Manutenção da postura ○ Negativismo ○ Flexibilidade cêrea ○ Caretas ○ Estereotipias ○ Maneirismos ○ Mutismo ○ Perturbação da vontade/motivação para a ação ○ Sinais extrapiramidais ○ Excesso ou escassez de movimento ○ Disquinesia (hipercinesia, 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

Segundo Peralta, V. & Cuesta, M. (2017), as alterações motoras podem revelar-se de uma forma diferente de acordo com a doença mental. A ansiedade é a perturbação mental mais comum e enquanto sintoma é o mais prevalente em todas as doenças mentais. Quando existe ansiedade, os níveis de tensão tónico-emocional aumentam, surgem alterações no controlo motor (postura e equilíbrio) e na marcha (Feldman *et al.*, 2019). Estas alterações frequentemente vêm acompanhadas de diminuição de força. Na perturbação de ansiedade do tipo obsessivo-compulsiva, há uma grande prevalência de disquinesias e sinais de parkinsónicos. Os tiques são mais prevalentes, sendo que, quanto mais precocemente aparecem os tiques, pior é a resposta ao tratamento, maiores déficits de atenção com hiperatividade e maiores alterações nos núcleos da base (maiores sinais parkinsónicos).

A prática clínica também nos revela que pessoas com perturbação obsessivo-compulsiva que manifestem mais sinais parkinsónicos, têm compulsões mais graves e apresentam um maior déficit cognitivo (Peralta, V. & Cuesta, M., 2017).

Ainda segundo os mesmos autores, nas perturbações depressivas, a alteração motora predominante é a agitação ou a lentificação motora e gestual e nas perturbações maníacas existem mais sinais catatónicos (considerados de pior prognóstico). A evidência informa-nos que nas pessoas deprimidas com presença de sinais catatónicos, existe maior déficit cognitivo, pessoas com depressão severa, que sejam mais idosos e com maior déficit cognitivo, apresentam mais sinais de parkinsónicos e nas perturbações bipolares existem mais sinais neurológicos. No que se refere à marcha em pessoas com depressão, ela é caracterizada por alteração do equilíbrio dinâmico, com impacto na diminuição da velocidade de marcha, sobretudo devido ao comprometimento do comprimento e da cadência do passo, assim como da diminuição de força (Feldman *et al.*, 2019).

Na esquizofrenia, antes do primeiro sinal da doença, existem sinais neurológicos e disquinésias, mas não catatónicos, o que pode ser uma *red flag* para a elaboração de um diagnóstico precoce. Nesta patologia, a presença de alterações motoras são um fator de mau prognóstico (preditores de sintomatologia negativa e de degradação cognitiva) e em indivíduos de risco, o aparecimento de disquinésias espontâneas pode ser preditivo do aparecimento da doença. Na fase crónica da doença existem maiores alterações motoras e maior deficit cognitivo e nas fases agudas, normalmente aumentam os sinais neurológicos ligeiros.

Holloway *et al.* (2016), referem que as alterações no controlo postural e na marcha, descritas nas perturbações de ansiedade, seguem o mesmo padrão em pessoas com esquizofrenia, mas neste caso, a diminuição da velocidade da marcha deve-se às alterações das disfunções executivas e a diminuição do equilíbrio parece estar ligado à dificuldade no processamento dos elementos espaciais. Uma das razões apontadas para esta alteração é o facto do cerebelo, estrutura cerebral que controla o equilíbrio do corpo integrando sinais visuais, vestibulares e propriocetivos, é menor em pessoas com esquizofrenia (Matsuura *et al.*, 2015).

Sempre que se associam alterações de equilíbrio, de força e medicação ansiolítica, antidepressiva ou neuroléptica, por exemplo, o risco de queda aumenta e nesse sentido esta deverá ser uma preocupação fulcral do fisioterapeuta, tanto ao nível da avaliação como da prevenção.

Na demência, os sinais neurológicos aumentam com a progressão da doença e especificamente na doença de Alzheimer, sempre que existam sinais catatónicos, a evolução da doença é mais rápida e

há menor funcionalidade. O sinal mais reconhecível da catatonia é a paratonia, que está associada a outros sintomas, como a desobediência motora, a perseveração motora, a ecopraxia (imitação). Nesta doença, os sinais frontais, como a alteração do comportamento, a desinibição, as alterações do planeamento, execução e verificação da atividade, são mais prevalentes em estadios mais avançados, constituindo um indicador da severidade e da progressão da doença.

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)

5.3. Avaliação

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

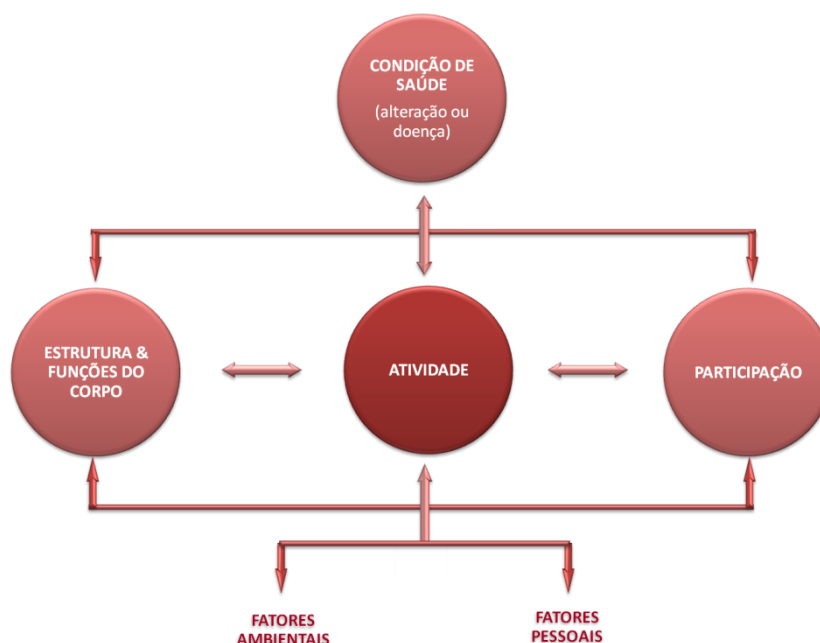


Figura 1. Modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade

Fonte: CIF (OMS, 2004)

Depois da análise da informação recolhida deve-se identificar os problemas relacionados com a 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.

Em determinadas condições clínicas as pessoas ainda não têm problemas explícitos, mas têm potencial para os desenvolver. Neste caso são identificados os problemas potenciais, que se não forem prevenidos se tornarão em problemas reais.

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 contraindicação 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 (fig.2). 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 perspetivas 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

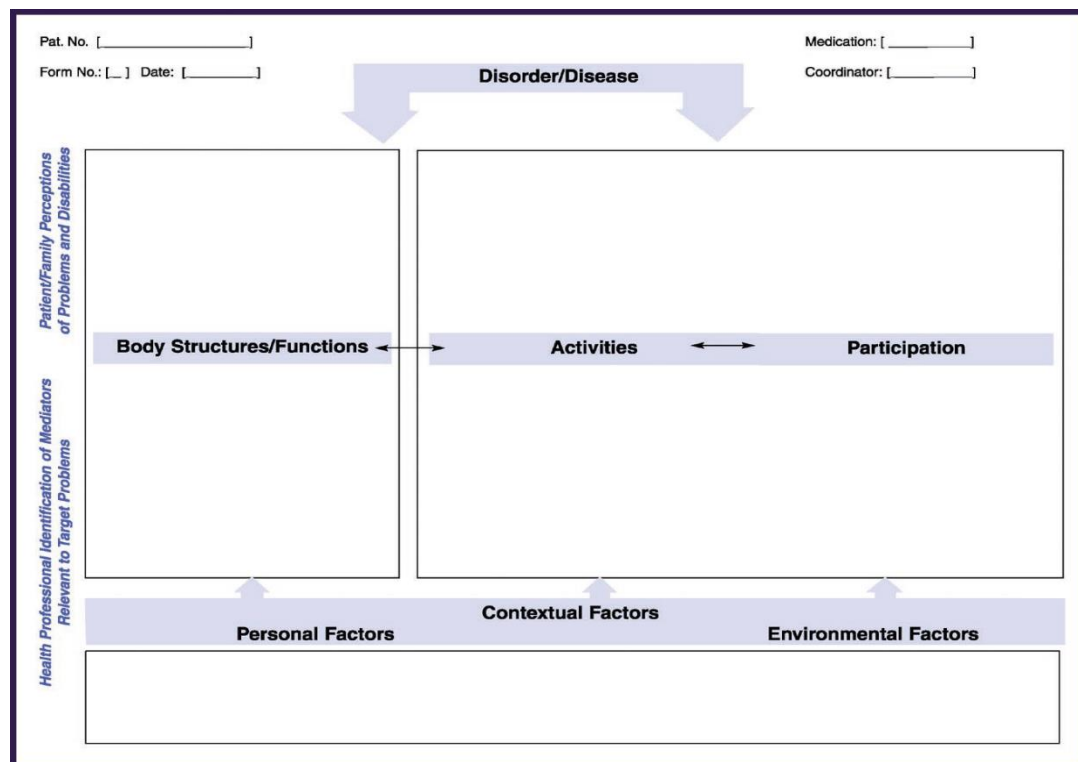


Figura 2. Formulário de Resolução de Problemas de Steiner *et al.* (2002)

5.4. 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.

5.5. 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 seleccionar-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.

5.6. Intervenção

O conteúdo da intervenção da Fisioterapia em Saúde 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 percepção e representação, com impacto na mudança consciente do comportamento tónico, motor, emocional e relacional.

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

Este modelo é suportado pela Teoria da Cognição Incorporada (TCI), também conhecida como *Embodied Cognition*. A TCI propõe uma perspetiva revolucionária sobre o funcionamento da mente, enfatizando a interação dinâmica entre o corpo, a mente e o ambiente. Esta abordagem sugere que a experiência e a compreensão do mundo são fortemente influenciadas pelo corpo e pelas ações físicas.

A raiz da cognição incorporada tem a sua génese nas teorias de filósofos pragmáticos, como John Dewey e Maurice Merleau-Ponty, mas ganhou destaque nas últimas décadas devido a estudos que intersetaram a psicologia, a neurociência e a cognição. No centro dessa teoria está a ideia de que a mente não opera de forma isolada, mas está intrinsecamente ligada às experiências corporais e sensoriais. Os estudos de Varela, Thompson e Rosch (1991) sobre a fenomenologia da experiência corporal e a proposta de Barsalou (1999) sobre representações sensoriomotoras contribuíram significativamente para a consolidação da TIC.

A TIC, ao aprofundar-se na interação entre mente, corpo e ambiente, encontra uma afinidade notável com a fenomenologia da percepção proposta por Maurice Merleau-Ponty. Esta convergência conceptual fornece uma base rica para entender como a experiência consciente emerge da interação dinâmica entre o corpo, os sentidos e o mundo circundante.

A fenomenologia de Merleau-Ponty, como expresso na sua obra "Fenomenologia da Percepção" (1945), destaca a importância da experiência corporal na constituição da nossa compreensão do mundo. O autor argumenta que a percepção não é um processo mental desvinculado do corpo, mas uma atividade encarnada que emerge da relação entre o sujeito e o seu ambiente. A noção de "corpo

próprio" (*le corps propre*) de Merleau-Ponty reflete a ideia de que a experiência perceptual é inseparável das capacidades e limitações do corpo.

A cognição incorporada, influenciada por princípios fenomenológicos, abraça a ideia de que o corpo não é apenas um veículo para a mente, mas um participante ativo na cognição e que a percepção e a ação são interdependentes e co-emergentes. Estudos nesta área, enfatizam o facto de a experiência consciente ser uma realização conjunta de percepção e ação, destacando a integração essencial entre mente, corpo e ambiente (Chemero, 2009).

A percepção é inerentemente corpórea e nesse sentido, a mente não pode ser compreendida isoladamente do corpo e das experiências sensoriais, armazenadas ao longo da história de vida da pessoa.

As aplicações práticas desta teoria são vastas. Na área clínica, a cognição incorporada tem sido explorada para melhorar a reabilitação de pessoas com lesões motoras (Clark, Tremblay, & Ste-Marie, 2004). Além disso, intervenções baseadas na cognição incorporada têm mostrado potencial na melhoria da consciência corporal em casos de perturbações neurológicas e na promoção de estilos de vida saudáveis.

Estratégias de intervenção

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.

Kaur, J. *et al.* (2013) reportaram um conjunto de estratégias que se prendem com o relaxamento, a respiração profunda, exercícios de flexibilidade, terapia pelo relaxamento, treino de endurance, hidroterapia, *biofeedback*, intervenção ergonómica, estiramentos musculares, exercícios de mobilidade geral, estimulação multissensorial, treino de equilíbrio e de controlo postural, reeducação postural e motora associada a situações de dor crónica e reeducação da marcha. Salientam ainda que as abordagens específicas em Fisioterapia neurológica, músculo-esquelética e cardiorrespiratória, devem ser equacionadas quando existem problemas nestas dimensões.

A abordagem do fisioterapeuta, segundo Vieira e Madureira (2001), tem como objetivo dar a conhecer o corpo, fazendo com que aprendam a gostar dele, e consequentemente de si próprios.

Promove o relaxamento, o controlo da ansiedade e do sofrimento físico, valorizando a vertente da consciencialização do corpo, do movimento e do somatopsíquico. Procura ainda a harmonia entre as atividades físicas e mentais.

Ainda segundo estes autores, os objetivos com estas pessoas, especificamente, são o aumento das capacidades físicas e psíquicas, das capacidades de movimento, da autoestima e do desejo e do prazer de trabalhar num corpo, outrora debilitado e não treinado. Isto vai permitir a redescoberta e reconciliação com o seu corpo e com o seu *"Self"*.

Decorrente da reflexão prévia sobre a interação constante entre corpo, mente e ambiente, o fisioterapeuta poderá selecionar várias abordagens, dependendo da história da pessoa, dos seus problemas e da relação entre eles.

Como tal, 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 3). 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.

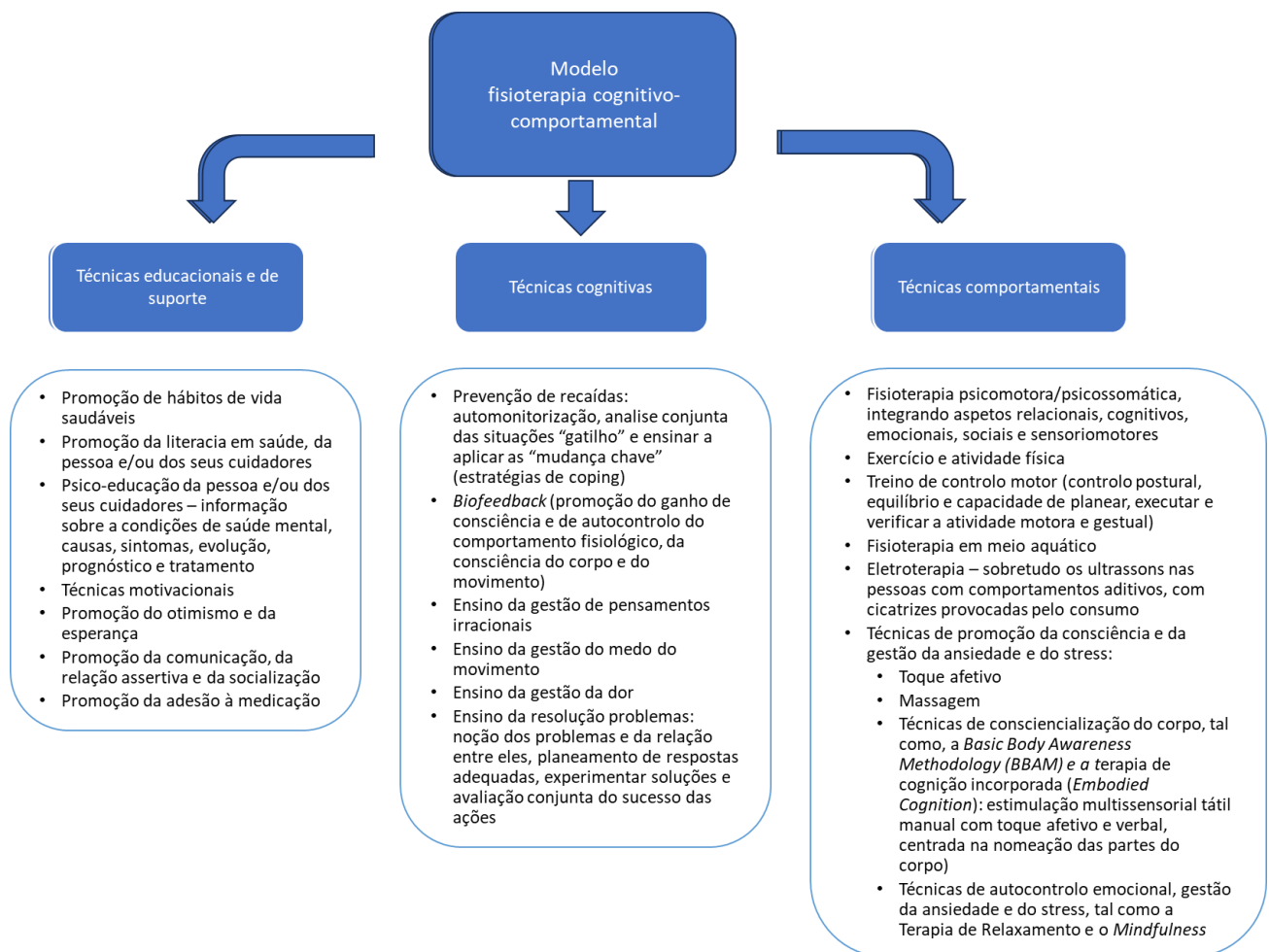


Figura 3 – Modelo de intervenção da Fisioterapia em condições de Saúde Mental – Modelo Cognitivo-comportamental

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

Estimulação Sensorial pelo Toque Afetivo

O toque é o primeiro dos sentidos a desenvolver-se e fornece os primeiros contactos com o mundo e provavelmente a mais importante forma de vínculo e de relação humana. A nossa espécie pertence à classe dos mamíferos que precisam de ninhos e o contacto físico serve para criar laços afetivos (Beltran, M.I, Dijkerman, H. C., & Keizer, A., 2020)

Desde o dia em que nascemos, tocamos e somos tocados por outros e a qualidade desta interação tátil é determinante para um neurodesenvolvimento adequado, para adquirirmos a capacidade de

transmitir emoções, de compreender e controlar as nossas emoções e também para algo muito importante, que é de compreender as emoções dos outros, a que chamamos o sentimento empático.

As ligações cerebrais em regiões responsáveis pela regulação emocional, aumentam e fortalecem-se, em crianças que são tocadas e embaladas com afeto e carinho e que têm um colo seguro. Embalar e dar colo, para além de acalmar, ajudam na maturação sistema vestibular, tão importante para promover o equilíbrio emocional. Sabemos hoje que uma estimulação tátil precoce adequada promove a velocidade e a direção do crescimento axonal e dendrítico para áreas cerebrais de processamento sensorial, motor, cognitivo e emocional. Estas áreas são a base do desenvolvimento neural, que contribui por exemplo, para cimentar na criança os processos de aprendizagem (quer cognitivos quer emocionais). Por outro lado, a privação de toque provoca um empobrecimento funcional nas redes de comunicação cerebral, sobretudo nas áreas associativas e de integração uni e multissensoriais. A estimulação tátil precoce adequada promove também a sinaptogénese, ou seja, a criação de sinapses para múltiplas áreas cerebrais, fortalecendo a relação funcional entre essas áreas. Por outro lado, quanto maior a privação de contacto físico, maior hipótese de desenvolver doença mental na idade adulta (Gallace, A., & Spence, C., 2010).

Mas de facto, a necessidade de contato físico tende a diminuir com a idade, mas se houver um perigo, uma incapacidade, um sofrimento ou uma doença física ou mental, pode ocorrer uma regressão às necessidades táteis que temos no início da vida. Sabemos hoje que o toque aumenta os níveis atencionais dirigidos ao corpo, ao movimento e a uma tarefa, diminui o pensamento ruminante na ansiedade, perturbação em que as redes da consciência, as *Default Mode Network* estão hiperativadas, diminui o cortisol, diminuindo assim o stresse e a ansiedade, diminui os níveis de depressão, aumenta os níveis de oxitocina, aumentando desta forma o envolvimento e a relação entre as pessoas, diminui a perceção de solidão, reforça o sistema imunitário, diminui a perceção da dor, promove e fortalece relações, aumenta a empatia pelo outro e a compaixão pelo outro (Smallwood, J., Bernhardt, B.C., Leech, R., 2021). O toque estabelece um elo de comunicação e de relação e nesse sentido podemos assumir que o toque possui três grandes dimensões, a discriminativa, a afetiva e a social (Field, T., 2010 e Gallace *et al.*, 2010).

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 outros.

A capacidade de discriminar as características de um objeto animado ou inanimado que nos toca, inicia-se pela ativação da Fibras Aβ existentes na pele, que são mecanoreceptores mielinizados de condução rápida. Se aplicarmos um estímulo tátil suave, envolvente, que deslize na pele e que exerça uma ligeira pressão, existem um outro tipo de fibras que são ativadas, as Fibras CT, que são mecanoreceptores não-mielinizados de condução lenta, consideradas o substrato neurobiológico do contacto afetivo, ou seja, do toque percebido como agradável.

Para ajudar no impacto do toque afetivo no nosso corpo, os receptores chamados Corpúsculos de Pacinian, ativam o nervo vago, que aumenta ou diminui o batimento cardíaco e a pressão arterial, de acordo com a percepção que se faça do toque afetivo (ou seja, pode ter um efeito calmante ou estimulante).

Outro dado importante é que as Fibras CT, são mais ativadas pela temperatura normal da pele e não tanto a com o frio ou com o calor ou com objetos. Ou seja, as Fibras CT são mais ativadas pelo toque com as mãos do que pelo toque com objetos (Gallace et al, 2010).

As Fibras CT, consideradas o substrato neurobiológico do contacto afetivo são mais ativadas pelo toque com as mãos do que pelo toque com objetos.

Reconhecemos as características do toque afetivo, nas carícias aos nossos filhos e aos que nos são mais próximos emocionalmente, e em algumas estratégias terapêuticas da Fisioterapia, como a massagem, como a estimulação dos pontos chave de controlo para ativar movimento normal, estimulação para aumentar sensibilidade e a consciência perceptiva do corpo ou mesmo na técnica do *light touch* (In et al., 2019). Em termos práticos e em contexto terapêutico, o toque afetivo é aplicado com as mãos em concha, promovendo o contacto total da palma das mãos com a parte do corpo da

peessoa. De seguida é exercida uma ligeira pressão, aliviando-se de imediato, e sem perder o contacto, desliza-se as mãos para a parte do corpo seguinte (Vieira, *et al.*, 2017).

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 imediato, e sem perder o contacto, desliza-se as mãos para a parte do corpo seguinte (ver exemplos nos links abaixo)

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](#)



A informação sobre o toque afetivo recebida e enviada pelas fibras CT, é processada no córtex da Ínsula posterior, no córtex cingulado e no córtex orbitofrontal (e existe ainda uma ativação muito

subtil na amígdala). Estas regiões, estão relacionadas com a noção do corpo e a noção do corpo no espaço e fazem parte de uma rede neural responsável pelo processamento e regulação somatoemocional. A ínsula posterior armazena também as memórias das experiências do toque (boas ou más). Funciona como uma espécie de intérprete do cérebro, ao traduzir sensações táteis, sons, cheiros e sabores, em emoções e sentimentos. É na ínsula onde o corpo e a mente se encontram (Gallace *et al.*, 2010).

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 nos anexos, o exemplo da técnica de relaxamento de Bergès & Bounes e de Gisele Soubiran).

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, a verbalização centrada no nome das partes do corpo, na designação espaciotemporal do movimento ou no objetivo final da tarefa.

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



A estimulação multissensorial, deve respeitar os princípios da Estimulação Multissensorial Simultânea (Freiherr *et al.*, 2013): (1) cada estímulo deve ser aplicado numa certa sequência temporal, (2) deve haver concordância espacial dos 2 estímulos, (3) deve haver uma congruência semântica e contextual, (4) deve-se cumprir o princípio da efetividade inversa, ou seja, a integração multissensorial é mais efetiva, quanto menos intensos e ambíguos forem os estímulos individuais. Só desta forma, serão ativadas todas as regiões cerebrais que fazem parte da rede neural da consciência (as *Default Mode Network*), também designado, o Sentimento de Si, como nos relata António Damásio no seu livro “O Sentimento de Si” (Damásio A., 1999). A denominação consensual encontrada na literatura para a designação única do Self é o “*Core Self*” (Northoff G, Bermpohl F., 2004 & Northoff G, *et al.*, 2006).

A estimulação unisensorial ou multissensorial, prévia à realização de uma tarefa motora, é denominada recentemente na literatura pelo *Priming Sensorial* e tem demonstrado um impacto na melhoria do controlo motor. Ou seja, a exposição a estímulos sensoriais específicos antes de uma tarefa motora pode modular a ativação neural e melhorar a eficiência do sistema motor. Por exemplo, o estudo de Kačar *et al.* (2017), destaca que a apresentação prévia de estímulos táteis específicos pode otimizar a precisão e a consistência dos movimentos motores.

A estimulação unisensorial ou multissensorial, prévia à realização de uma tarefa motora, é denominada *Priming Sensorial* e pode modular a ativação neural com impacto na melhoria do controlo motor.

O entendimento dos mecanismos neurofisiológicos subjacentes ao *Priming Sensorial* é fundamental para explicar os seus efeitos no controlo motor. Estudos de neuroimagem funcional, como os realizados por Popa *et al.* (2013) revelaram que o *Priming Sensorial* está associado a uma modulação

da atividade cortical em áreas sensoriais, de planeamento motor e motoras, indicando uma preparação neurológica para a execução da tarefa.

Além disso, a influência do *Priming Sensorial* na plasticidade sináptica e na conectividade neuronal tem sido objeto de investigação, como nos provaram Ridding *et al.* (2001), concluindo que, as técnicas de *Priming Sensorial* podem alterar a organização do córtex somatossensorial, contribuindo para melhorias a longo prazo no controlo motor.

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 \(lençol\)](#)





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.

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. Estas sensações, incluindo alongamento, resistência e relaxamento, desempenham um papel crucial na percepção da posição e movimento das articulações. Os recetores articulares, como os corpúsculos de Pacini e Ruffini, são estimulados durante a mobilização passiva lenta. Esses estímulos sensoriais contribuem para a propriocepção e, assim, melhoram a consciencialização do corpo (Proske & Gandevia, 2012) e ao fornecer estímulos proprioceptivos específicos, contribui para aprimorar a consciência da posição espacial do corpo, mesmo sem depender da visão (Lephart, S., Fu, F., & Warner, J., 1997).

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 mobilização passiva lenta requer uma integração entre componentes psicológicas e motoras, permitindo ao utente desenvolver uma conexão mais profunda entre a mente e o corpo, facilitando uma resposta integrada aos estímulos sensoriais (Maitland *et al.* 2005). Sendo que, a consciencialização corporal induzida pela mobilização passiva lenta permite desenvolver uma compreensão mais profunda do movimento e das sensações corporais. Jaeger *et al.* (2014), num estudo recorrendo a RMF, concluíram que, a ativação da rede sensoriomotora cerebral, durante a realização de movimento passivo dos membros inferiores, é indicadora de que o feedback propriocetivo ascendente do movimento passivo por si só, é suficiente para estimular as mesmas áreas sensoriomotoras supraespinhais corticais e subcorticais que os movimentos ativos, embora em menor grau.

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](#)



Terapia de Relaxamento e o *Mindfulness*

A Terapia de Relaxamento e o *Mindfulness*, são estratégias de gestão da ansiedade, de controlo de stress e de promoção da consciência do corpo e do movimento (consultar propostas de protocolos de intervenção no anexo 3).

Tendo em conta que a consciência do sentir e perceber o corpo é indispensável para a sua construção securizante e para a identidade pessoal, 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 percepções, as emoções e a reformular cognitivamente o futuro, utilizam o corpo como suporte e veículo da expressão emocional. Nestas abordagens, o corpo é tomado como um conjunto de memórias, gestos, posturas e desejos. Sendo que, existem emoções que se projetam no corpo, das quais não temos consciência e a tensão emocional aumenta a tensão tónica (Payne, 2003). Levando a pessoa a explorar informações sensoriomotoras, percebe que pode ter controlo sobre o seu corpo, facilitando a verbalização do que se recalca e do que se cala.

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 percepções, as emoções e a reformular cognitivamente o futuro, utilizam o corpo como suporte e veículo da expressão emocional

Conrad & Roth (2007), numa revisão de vários estudos sobre a aplicação da terapia pelo relaxamento na gestão de perturbações de ansiedade, concluem que se trata de uma abordagem clinicamente eficaz. Carim-Todda, L.; Mitchell, S.; Oken, B. (2013) realizaram uma revisão sistemática e apesar de algumas limitações nos estudos incluídos, que se prendem com a qualidade metodológica, concluíram que as terapias mente-corpo (por exemplo o relaxamento, ioga, meditação) são benéficas na gestão do consumo de tabaco.

Wielgosz *et al.* (2019), sublinham que o *Mindfulness* é uma técnica promissora para as intervenções no âmbito da Saúde Mental, com particular relevância nas doenças psiquiátricas.

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 percepções sensoriais e às sensações corporais, como as da respiração (Farb *et al.*, 2015) (ver o exemplo no anexo, de um protocolo de sessão de *Mindfulness*, baseada na atenção à respiração).

Existem processos de vinculação que devem ser tomados em conta pelo fisioterapeuta, tais como:

- Observar constantemente os Comportamentos Clinicamente Relevantes (CCR), típicos dos processos de transferência na relação terapêutica
- Induzir segurança
- Conter angústias
- Promover o controlo tónico-emocional
- Oferecer otimismo realista, encorajando e transmitindo segurança nas capacidades da pessoa
- Ser disponível e compreensivo
- Não ser intruso
- Informar e explicar cada passo do projeto terapêutico
- Ajudar a refletir e a gerar alternativas
- Ser empático, dando respostas efetivas, com capacidade de escuta ativa, reconhecendo e valorizando as queixas da pessoa
- Manter uma postura securizante e não invasiva, gerindo a proximidade tolerada pela pessoa. É aconselhado manter a posição na sala durante a aplicação de técnicas de relaxamento
- O tom de voz deve ser calma, pausada, serena, mas firme e confiante
- Deve-se interromper se houver algum desconforto, nunca esquecendo que a atividade só é boa se for agradável
- Respeitar a opção de manter os olhos fechados ou abertos
- Não deixar adormecer, pois interfere com a aprendizagem. A eficácia destas técnicas reside na tomada de consciência das sensações provocadas por um movimento ou experimentadas durante as sequências de imobilidade.
- Deve ser incentivada a verbalização (progressiva) no final das vivências e em cada sessão. No entanto, as sensações podem permanecer no domínio pessoal e devem ser respeitadas porque são diferentes de pessoa para pessoa e nunca tecer juízos de valor.
- Não esquecer nunca que cada pessoa evolui ao seu ritmo e em função das suas possibilidades

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.

Em anexo 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).

Exercício e Atividade Física

A relação entre a atividade física e a saúde mental tem vindo a ganhar destaque pela crescente quantidade de estudos, que comprovam o impacto positivo da atividade física nas perturbações de saúde mental e na reabilitação de pessoas com doença mental moderada e severa. Atualmente, fortes evidências demonstram que, a atividade física e o exercício também podem prevenir perturbações mentais comuns, como a depressão e as perturbações de ansiedade, assim como têm múltiplos efeitos benéficos na saúde física e mental de pessoas com doença mental. Por outro lado, pode reduzir a carga socioeconómica, tanto das perturbações de saúde mental, como da doença mental (Chekroud *et al.*, 2021).

Estudos de Wilson e Foglia (2017) concluíram que a simples execução de movimentos corporais específicos pode modular a perceção e o processamento cognitivo, demonstrando a interconexão entre ações físicas e os processos mentais.

Calvo-Merino *et al.* (2005), revelam que, observar e imitar movimentos, como ocorre nas sessões de intervenção individuais ou em grupo, ativam não apenas áreas motoras, mas também regiões cerebrais associadas à perceção e compreensão do movimento. A observação de ações envolve a observação de uma ação seguida por uma tentativa de replicá-la. Jayasinghe, S. (2019), refere que, estudos recentes demonstram que o aumento da conectividade cortico-sensoriomotora melhora o desempenho motor através da observação e que o condicionamento prévio do sistema sensorial antes da observação potencia os efeitos da aprendizagem baseada na observação.

O exercício e a atividade física estão associados à diminuição dos sintomas de depressão e de ansiedade, assim como à melhoria da saúde física, à satisfação com a vida, ao funcionamento cognitivo, ao bem-estar psicológico (Carek *et al.*, 2019).

O exercício e a atividade física estão associados à diminuição dos sintomas de depressão e de ansiedade, assim como à melhoria da saúde física, à satisfação com a vida, ao funcionamento cognitivo, ao bem-estar psicológico

Deslandes, Moraes & Ferreira (2009) e Kaur, Masaun & Bhatia (2013) afirmam que o exercício gerido por fisioterapeutas pode representar um coadjuvante importante no tratamento de perturbações neuropsiquiátricas e cognitivas, pois ajuda a diminuir os efeitos do stresse, se este for moderado, a libertar neurotransmissores, a alterar o fluxo sanguíneo cerebral e ajudar a atrasar processos neurodegenerativos. Kremer, D. (1995) refere que a atividade física deve fazer parte integrante de todos os programas de intervenção e a utilização do exercício, conduzido por fisioterapeutas, apresenta um potencial para promover a qualidade de vida, melhorando a saúde, o bem-estar e as dinâmicas relacionados com a participação social. Nesta linha, Schuch, F, Vancampfort, D., Richard, J., Rosenbaum, S., Ward, P-, Stubbs, B. (2016), afirmam que as pessoas com depressão e esquizofrenia, tendem a aderir mais ao exercício se este for gerido por fisioterapeutas.

As pessoas com depressão e esquizofrenia, tendem a aderir mais ao exercício se este for gerido por fisioterapeutas

O exercício tem sido apontado como uma estratégia efetiva na gestão da depressão, como sugerem algumas revisões sistemáticas, tais como a realizada por Donaghy, em 2007, onde se concluiu que o exercício oferece um suporte importante no tratamento da depressão ligeira e moderada, assim como no contexto da reabilitação de pessoas com comportamentos aditivos, relacionados com álcool, cocaína e heroína, oferecendo o potencial de incentivar um estilo de vida saudável e pode fornecer redes de suporte social muito importantes. Melhorando ainda o bem-estar psicológico e fomentando estratégias de *coping* adequadas. Noutra revisão sistemática da Cochrane de 2013, os autores afirmam que o exercício é moderadamente mais efetivo que uma intervenção controlo na redução dos sintomas de depressão. Quando comparado com a terapia psicológica e farmacológica, o exercício parece ser mais efetivo, embora estes resultados sejam baseados em poucos estudos (Cooney *et al.*, 2013). Numa meta-síntese de 2018 levado a cabo pela Associação Europeia de Psiquiatria e apoiada

pela Organização Internacional de Fisioterapeutas em Saúde Mental afirma-se que a que atividade física pode ter um efeito terapêutico em pessoas com doença mental severa, que frequentemente apresentam níveis reduzidos de atividade física e experienciam complicações médicas relacionadas com o estilo de vida (Stubbs *et al.*, 2018).

O exercício oferece um suporte importante no tratamento da depressão ligeira e moderada, assim como no contexto da reabilitação de pessoas com comportamentos aditivos, relacionados com álcool, cocaína e heroína, oferecendo o potencial de incentivar um estilo de vida saudável e pode fornecer redes de suporte social muito importantes

O treino com exercícios aeróbicos e de resistência é uma abordagem eficaz na gestão de problemas de Saúde Mental, especialmente na depressão e na ansiedade. A evidência sugere que, mudanças na neuroplasticidade explica os benefícios heterogêneos do exercício e tem implicações significativas no desenvolvimento e manutenção das competências de autorregulação comportamental, essenciais para a Saúde Mental (Smith PJ, Merwin RM., 2021).

Jackson M *et al.* (2022), com base numa *scoping review*, concluíram que o exercício em meio aquático promove mudanças positivas na Saúde Mental.

Para a depressão major, evidência consistente indica que a atividade física melhora os sintomas depressivos, com efeitos comparáveis aos antidepressivos e psicoterapia. A utilização de uma intensidade moderada a vigorosa, assim como a supervisão de um especialista em exercício, especialmente fisioterapeutas, são fatores que influenciam positivamente o tamanho do efeito (Stubbs *et al.*, 2018). A evidência recomenda que a intervenção tenha duas a três sessões de exercício supervisionado (aeróbio e/ou resistência) por semana durante 45 a 60 minutos de intensidade moderada. Os autores são consistentes ao sugerir que a atividade física melhora a condição cardiorrespiratória em pessoas com depressão (Stubbs *et al.*, 2018).

O treino com exercícios aeróbicos e de resistência é uma abordagem eficaz na gestão de problemas de Saúde Mental, especialmente na depressão e na ansiedade. A utilização de uma intensidade moderada a vigorosa, assim como a supervisão de um fisioterapeuta, são fatores que influenciam positivamente o efeito. A intervenção deve compreender 2 a 3 sessões de exercício supervisionado (aeróbio e/ou de resistência), por semana, durante 45 a 60 minutos de intensidade moderada.

A atividade física tem sido cada vez mais reconhecida como uma intervenção eficaz para várias condições de saúde, incluindo perturbações mentais e perturbações relacionadas com o uso de substâncias. A relação entre a atividade física e o tratamento dessas perturbações tem recebido uma atenção significativa devido aos potenciais benefícios na redução do consumo de álcool e outras drogas e na prevenção de recaídas. Vários estudos indicam que as intervenções baseadas em atividade física não só promovem melhorias na saúde física, como também contribuem para o bem-estar psicológico, constituindo um componente fundamental dos programas de recuperação para indivíduos com dependência de substâncias (Horrell *et al.*, 2020).

Um dos mecanismos através dos quais a atividade física auxilia na recuperação é pela redução de desejos intensos e pela melhoria da saúde mental, essencial para indivíduos em recuperação de dependências de substâncias. Esta redução dos desejos pode estar ligada às alterações psicológicas e biológicas induzidas pelo exercício físico regular, como a melhoria da autorregulação e do humor (Linke & Ussher, 2015; Taylor & Thompson, 2018). Além disso, a atividade física proporciona atividades estruturadas que afastam os indivíduos de ambientes associados ao uso de substâncias, promovendo novas identidades mais saudáveis e conexões sociais que são incompatíveis com o consumo de álcool e outras drogas (Bathish *et al.*, 2017; Dingle *et al.*, 2015).

As barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em indivíduos com dependências de substâncias têm sido amplamente estudados. Entre as barreiras comuns encontram-se a má saúde, a falta de acesso a instalações e a baixa motivação. Por outro lado, o apoio social, a acessibilidade económica e o acesso a programas de atividade física são facilitadores-chave que permitem aos indivíduos participar em exercício regular, conduzindo a mudanças comportamentais sustentadas (Horrell *et al.*, 2020). Estes resultados sublinham a importância de intervenções personalizadas que considerem a fase de recuperação do indivíduo e ofereçam o suporte adequado para superar essas barreiras.

Adicionalmente, verificou-se que as intervenções baseadas em atividade física promovem outros comportamentos saudáveis, como a melhoria da dieta e a redução do tabagismo, apoiando ainda mais o bem-estar geral dos indivíduos em recuperação. Os benefícios holísticos da atividade física, incluindo uma melhor qualidade de sono e a redução da dependência de medicamentos prescritos, fazem dela um complemento valioso aos programas tradicionais de tratamento de dependências de substâncias (Beynon *et al.*, 2013; Van Hout & Phelan, 2014).

Tanto o exercício aeróbico de intensidade moderada a alta quanto as atividades mente-corpo, como o yoga e o tai chi, são recomendados para apoiar a recuperação de indivíduos com dependência de

substâncias. A escolha do tipo de exercício depende do estado de saúde e das preferências pessoais do indivíduo, mas a consistência na prática é essencial para alcançar resultados positivos a longo prazo, tanto na saúde física quanto na mental.

Os exercícios aeróbicos, como caminhar, correr, nadar e andar de bicicleta, são amplamente recomendados devido à sua capacidade de melhorar a saúde cardiovascular, promover a perda de peso e reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, frequentemente associados a dependências de substâncias (Wang *et al.*, 2014). Estes exercícios são eficazes na promoção de mudanças a longo prazo, uma vez que, quando realizados regularmente, conduzem a melhorias na função cognitiva e no humor, ajudando a controlar os desejos e a reduzir os comportamentos impulsivos que podem levar à recaída.

Estudos incluídos na meta-análise de Wang *et al.* (2014) sugerem que o exercício aeróbico de intensidade moderada a alta, realizado por um período mínimo de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, pode ser especialmente eficaz. Este tipo de exercício ajuda a regular o sistema de recompensa no cérebro, que é muitas vezes desregulado em indivíduos com dependência, e pode aumentar as taxas de abstinência e diminuir os sintomas de abstinência ao longo do tempo.

Além dos exercícios aeróbicos, as atividades mente-corpo, como o yoga, o tai chi e o qigong, também são recomendadas, particularmente devido aos seus efeitos calmantes e reguladores da ansiedade. Estas atividades focam-se no controle da respiração, na atenção plena (mindfulness) e no movimento lento e controlado, proporcionando um efeito terapêutico que ajuda a reduzir a tensão física e mental, enquanto melhora a flexibilidade e a força muscular.

O yoga, em particular, é apontado como uma intervenção eficaz para reduzir os sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos que sofrem de dependência de substâncias, sendo especialmente útil durante os processos de desintoxicação. Um estudo citado por Wang *et al.* (2014) demonstrou que o yoga pode melhorar o humor e a qualidade de vida, além de ser eficaz para reduzir os desejos em dependentes de heroína, mostrando que essas práticas podem ser um complemento importante aos tratamentos convencionais de reabilitação.

No entanto é fundamental ajustar a intensidade e a frequência do exercício às necessidades e capacidades individuais dos pacientes. Exercícios de intensidade moderada a alta são recomendados para maximizar os benefícios, com foco na consistência ao longo do tempo. No entanto, para indivíduos que estão nos estádios iniciais da recuperação ou com problemas de saúde significativos, as atividades de baixa intensidade, como caminhadas suaves ou yoga, podem ser mais apropriadas

inicialmente, progredindo gradualmente para exercícios mais vigorosos à medida que a condição física melhora.

A chave, de acordo com os estudos, é a personalização do programa de exercícios com base no estadió de recuperação do indivíduo e nos seus interesses, garantindo que o exercício seja uma experiência positiva e sustentável a longo prazo. A adesão a um programa de exercícios regular, estruturado e progressivo é apontada como essencial para garantir os efeitos a longo prazo na recuperação de dependências de substâncias.

Tanto os exercícios aeróbicos quanto as atividades mente-corpo são apontados como ferramentas poderosas para melhorar o autocontrole e a regulação emocional. O exercício não só proporciona uma saída física para o stress e a ansiedade, como também oferece uma estrutura e rotina que são particularmente úteis para indivíduos em recuperação, permitindo-lhes preencher o tempo de forma produtiva e evitar ambientes associados ao consumo de substâncias (Horrell *et al.*, 2020). Ao criar novos hábitos saudáveis, os indivíduos em recuperação conseguem desenvolver uma nova identidade, muitas vezes dissociada do passado ligado ao consumo de álcool e drogas.

Efetivamente, o exercício e a atividade física são abordagens, que têm vindo a revelar alguma evidência científica, como tratamento adjuvante nas pessoas com comportamentos aditivos. Neste âmbito, Zschucke, Heinz & Strohle (2012) concluíram que existem benefícios comprovados no que se refere a problemas de adição relacionados com a nicotina, mas, no que se refere aos comportamentos ligados ao álcool e ao uso de drogas ilícitas, não existem estudos com uma qualidade metodológica que permita retirar conclusões fidedignas. Zhang W, Xu R. (2022), num estudo com jovens com comportamento aditivo à internet, concluíram que o exercício físico continuado pode reduzir significativamente o grau de dependência da internet, diminuir a depressão, melhorar a qualidade do sono e equilibrar a função parassimpática/simpática

O exercício aeróbico tem potencialidades para funcionar como um tratamento para a recaída, bloqueando neuro adaptações no córtex pré-frontal que se desenvolvem ao longo de um período de abstinência. Desconhece-se se o exercício tem efeitos a longo prazo no que se refere a estas neuro modulações. Apesar disso, estes resultados revelam benefícios neuro adaptativos do exercício para atenuar o comportamento de procura de cocaína após um período de abstinência prolongada. (Lynch, 2010; Smith, 2008)

Numa revisão sistemática conduzida por Lynch et al. (2013), os autores discutem a evidência clínica e pré-clínica relativamente à eficácia do exercício físico em várias fases do processo de dependência.

A revisão conclui que o exercício físico tende a produzir uma resposta positiva no tratamento de dependências, mas ressalva a necessidade de precaução, uma vez que determinados contextos podem reduzir a sua eficácia ou até provocar efeitos adversos. Esses efeitos variam de acordo com fatores como o nível, tipo e duração do exercício, o estágio da dependência, a substância envolvida e as características individuais ou populacionais.

Com base nos estudos analisados, os autores recomendam a inclusão do exercício físico como parte integrante do tratamento de comportamentos aditivos e dependências, tanto como uma intervenção isolada quanto em combinação com outras abordagens terapêuticas.

No caso de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, os tratamentos farmacológicos, especificamente os antipsicóticos na sua globalidade, não são eficazes em cerca de 30 a 50% dos casos. Nos casos em que os antipsicóticos são eficazes, os benefícios sobre os sintomas negativos e cognitivos nem sempre são evidentes, pelo que a descontinuação e abandono do tratamento apresenta valores entre os 65 e 85%. Assim, embora estas substâncias tenham como objetivo melhorar a qualidade de vida de algumas pessoas, o seu efeito é limitado a controlar alguns sintomas, mas não constituem uma solução para a prevenção ou cura da esquizofrenia (Rego, A. *et al.*, 2017).

Numa revisão sistemática realizada por Gorczynski and Faulkner (2010), os autores concluíram que apesar dos estudos incluídos serem pequenos e de terem usados diferentes medidas de resultados para a saúde física e mental, os resultados sugerem que programas regulares de exercício são viáveis nesta população e que podem ter efeitos tanto na saúde mental como física dos indivíduos com esquizofrenia. Mais recentemente, Stubbs *et al.* (2018), concluíram que a atividade física é um tratamento complementar efetivo na melhoria de sintomas, cognição global e qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia, sendo recomendado que a atividade física faça parte do tratamento multidisciplinar. Os dados mais consistentes sugerem exercício aeróbio durante pelo menos 150 minutos semanais de forma moderada a vigorosa. O tratamento supervisionado por profissionais qualificados, com uma componente motivacional tem melhores resultados na redução da taxa de desistência

Os transtornos do espectro do autismo são outra das condições onde o exercício e a atividade física têm demonstrado benefícios. Importa conhecer os possíveis mecanismos fisiopatológicos para que se percebe o papel do fisioterapeuta nestas condições. Para além das duas características principais: (1) falhas na comunicação e nos comportamentos sociais, e (2) interesses restritos e movimentos repetitivos, várias outras disfunções clínicas estão presentes numa proporção significativa de crianças

diagnosticadas com autismo. A título de exemplo, as alterações sensoriais estão presentes em mais de 90% das crianças este diagnóstico, sendo que outros distúrbios comuns incluem as alterações motoras e da marcha, ansiedade, epilepsia, distúrbio do sono e comorbidade com outras doenças neuropsiquiátricas (Rego, A. *et al.*, 2017). Apesar de várias regiões do cérebro estarem envolvidas na etiologia e fisiopatologia do transtorno do espectro do autismo, a amígdala e as zonas límbicas do córtex têm sido particularmente implicadas. O défice social das pessoas com autismo está especificamente associado a uma disfunção do sistema límbico rostral, que inclui estruturas como a amígdala, o córtex cingulado anterior, o córtex medial orbitofrontal e nucleus accumbens do estriado. No caso dos comportamentos repetitivos e estereotípicos, pensa-se que os circuitos corticoestriatais têm também um papel preponderante. Além destas regiões, estudos de imagiologia e histologia revelaram que o cerebelo, importante na regulação da atenção e no controlo motor, apresenta alterações em algumas pessoas com transtorno do espectro do autismo (Rego, A. *et al.*, 2017).

Este conjunto de evidências foi incorporado em diretrizes nacionais e internacionais nas últimas décadas, que recomendaram a inclusão da atividade física e do exercício como abordagens terapêuticas para as doenças mentais, principalmente para a depressão e a esquizofrenia. No entanto, a implementação na prática clínica tem sido lenta, devido a barreiras associadas tanto às pessoas com condições de saúde mental como aos profissionais, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar para superar as barreiras à adesão das pessoas.

Importa que o Fisioterapeuta tenha conhecimento das barreiras e dos desafios que enfrenta no planeamento de programas de exercício dirigidos a pessoas com condições mentais. Compreender essas dificuldades é fundamental, assim como reconhecer o seu papel crucial na motivação e apoio dessas pessoas. De acordo com alguns dados da literatura, as principais dificuldades de adesão ao exercício pessoas com condições mentais são as seguintes:

1. Estigma e autoestima: O estigma associado às doenças mentais pode resultar em baixa autoestima, levando à relutância em participar de atividades físicas, sobretudo em ambientes públicos (Hassmén, Koivula, & Uutela, 2000);
2. Falta de energia e motivação: A fadiga e a falta de motivação são sintomas comuns em várias condições mentais, o que pode dificultar o início e a manutenção de rotinas de exercícios (Chang *et al.*, 2017);
3. Desafios cognitivos e de concentração: As dificuldades cognitivas, como a falta de concentração, podem tornar as instruções e a participação em atividades físicas mais desafiadoras (Chang, Y. *et al.*, 2017);

4. Barreira do isolamento social: As condições mentais frequentemente estão associadas ao isolamento social, o que pode limitar as oportunidades de participação em atividades físicas em grupo (Kern, M., 2016).

As barreiras à adesão ao exercício em pessoas com condições mentais são multifacetadas, envolvendo fatores sociais, psicológicos, cognitivos e físicos. O fisioterapeuta desempenha um papel essencial na criação de estratégias personalizadas, proporcionando suporte emocional, estabelecendo metas realistas e incentivando a participação ativa. Abordagens colaborativas e centradas nas pessoas são fundamentais para promover a motivação e a adesão bem-sucedida a programas de exercícios.

Para que as dificuldades sejam geridas de uma forma adequada e as barreiras ultrapassadas com sucesso, o Fisioterapeuta tem um papel importante, fazendo recurso a técnicas de motivação e adesão ao exercício, tais como:

1. Avaliação individualizada e uma abordagem centrada na pessoa: O fisioterapeuta desempenha um papel fundamental ao realizar uma avaliação individualizada, considerando os desafios específicos e as preferências da pessoa (Stanton & Reaburn, 2014). Uma abordagem centrada na pessoa promove um maior envolvimento;
2. Definição de metas realistas e mensuráveis: A colaboração na definição de metas realistas e mensuráveis, adaptadas às capacidades da pessoa, é crucial para proporcionar uma sensação de conquista e de progresso (Zschucke, E., Heinz, A., Ströhle, A., 2012);
3. Integração de exercícios em ambientes seguros: Considerar a implementação de exercícios em ambientes seguros e acolhedores pode reduzir a ansiedade associada ao exercício em locais públicos (Firth *et al.*, 2018);
4. Incorporação de exercícios nas atividades cotidianas da pessoa: Integrar exercícios nas atividades diárias pode facilitar a adesão, tornando-os mais acessíveis e integrados às rotinas da pessoa (Firth, J. *et al.*, 2018).

Para além das técnicas de intervenção descritas, o fisioterapeuta poderá recorrer, em complementaridade do plano de programa de intervenção, às terapias expressivas, como a musicoterapia e à dançoterapia. Relativamente ao planeamento e organização da prática, recomendamos:

- Deve ser uma prática distribuída, no sentido de dar tempo de integração dos estímulos;
- A prática deve ser variada, pois existe uma maior potencialidade de transferência das aprendizagens para o dia-a-dia;

- Na presença de problemas cognitivos e/ou dificuldades de aprendizagem, a prática deve ser variada, alternada com constante (repetição da mesma tarefa nas mesmas condições);
- Em todos os casos a prática tem de ser estruturada, pois é fundamental a noção de regras e limites;
- Em pessoas que manifestem problemas cognitivos e/ou dificuldades de aprendizagem, pode-se optar por uma prática parcial até ser possível atingir a global, enquanto nos indivíduos sem deficit cognitivo, a opção é claramente pela global;
- No início da intervenção a prática deverá ser orientada e depois deve-se permitir uma prática pela descoberta e que isso seja consciencializado com prazer.

6. Enquadramento legal e reconhecimento da Fisioterapia na área da Saúde Mental

A Saúde Mental, enquanto componente fundamental do bem-estar dos indivíduos, bem como as perturbações mentais, enquanto doenças crónicas que constituem a primeira causa de incapacidade em Portugal, têm merecido especial atenção por parte do governo. A sua importância tem-se revelado ainda mais premente no âmbito da situação epidemiológica associada à pandemia de COVID-19 (Despacho n.º 692, 2022).

Apesar das medidas legislativas, como por exemplo a Lei de Saúde Mental pela Lei n.º 36/98, de 24 de julho, e do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, por razões diversas, as respostas implementadas em Portugal são ainda insuficientes, com assinaláveis assimetrias geográficas.

No relatório de 2019 “Sem mais tempo a perder” do Conselho Nacional de Saúde é reportado que existem no SNS, 1.012 fisioterapeutas, 257 terapeutas ocupacionais, 194 terapeutas da fala e 1.048 técnicos de ação social. É ainda afirmado que a “a escassez de recursos humanos limita a constituição de equipas de Saúde Mental comunitárias”. Esta escassez torna-se particularmente importante, visto que foi prevista para 2019, a criação de equipas comunitárias de Saúde Mental, para adultos e para infância e adolescência, em cada região de saúde, o que até ao momento ainda não se tornou uma realidade (CNS, 2019).

Recentemente, foi publicado um Decreto-Lei (Decreto-Lei n.º 113, 2021) que pretende organizar os serviços de Saúde Mental, tal como planeado no Plano de Recuperação e Resiliência. Tendo em vista a concretização dos referidos preceitos e objetivos, o governo inseriu no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), a conclusão da reforma da Saúde Mental, a concretizar até 2026. (Decreto de Lei n.º 113, 2021).

A área da Saúde Mental em específico tem sofrido carências contínuas, e os dados da ACSS de 2016 demonstram que algumas classes profissionais sofreram uma redução. Assume-se que na categoria “outros” se inserem os fisioterapeutas, não sendo claro o número específico.

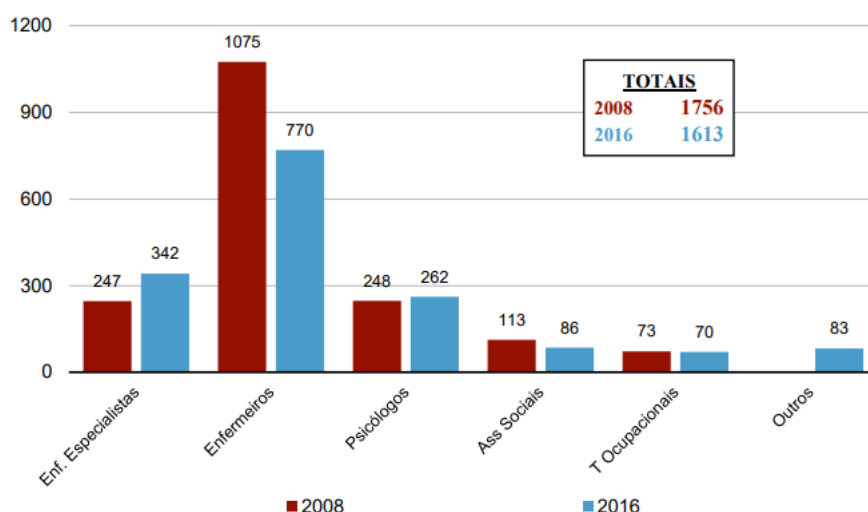


Figura 4: Profissionais de Saúde Mental (Serviços Públicos de Adultos). Fonte: SNS (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020

Em linha com as prioridades definidas pelo governo, destacam-se o “Plano Nacional da Saúde para as Demências e o Conselho Nacional de Saúde Mental”. É preocupante que, tanto na composição da Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demências (Despacho n.º 1277 do Ministério da Saúde, 2022), como no Conselho Nacional de Saúde Mental, não existe nenhum fisioterapeuta (Despacho n.º 692 do Ministério da Saúde, 2022).

O papel do fisioterapeuta na área da Saúde Mental tem ganho relevância, sobretudo devido à crescente evidência de que a atividade física e o exercício têm um papel importante na gestão de problemas de Saúde Mental. Este facto tem-se tornado particularmente relevante na fase pós-covid (*World Physiotherapy*, 2022).

7. Recomendações para a formação (inicial e ao longo da vida)

Os benefícios das intervenções da Fisioterapia nem sempre chegam às pessoas com problemas de Saúde Mental e um dos motivos é a falta ou a inadequada formação dos fisioterapeutas nesta área. A *International Organization of Physical Therapy in Mental Health* (IOPTMH), em 2020, criou linhas orientadoras para a integração da Saúde Mental nos planos curriculares dos cursos de licenciatura em Fisioterapia, assim como para a formação pós-graduada especializada (para fisioterapeutas que integram equipas de Saúde Mental juntamente com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais).

Em 2020 foi realizado um estudo exploratório denominado “Competências dos fisioterapeutas na área da Saúde Mental em Portugal”, que concluiu que, em relação à formação, 78% dos fisioterapeutas afirmaram que a sua formação de base aborda o tema da Saúde Mental, mas é insuficientemente. Verificou-se ainda que a unidade curricular própria de Fisioterapia em Saúde Mental existe apenas no plano de estudos de duas escolas, sendo que, nas 17 restantes o tema da Saúde Mental é integrado noutras unidades curriculares.

O trabalho com pessoas com problemas de Saúde Mental e com doença mental requer a aquisição de competências específicas no domínio do conhecimento, no domínio psicomotor/prático e no domínio relacional /atitudes. Estas competências específicas são necessárias para proporcionar cuidados de elevada qualidade, mas também para proporcionar segurança às pessoas e aos próprios fisioterapeutas.

Nesse sentido e de acordo com as recomendações das instituições internacionais, reguladoras da profissão (Probst *et al.*, 2020), os objetivos gerais para a aquisição de competências na área da Saúde Mental, para o curso de licenciatura em Fisioterapia são:

- Ganhar competências para lidar com pessoas com problemas psicológicos ou com comorbilidades entre perturbações somáticas e problemas de Saúde Mental ligeiros, em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários, prática privada e centros de reabilitação e centros comunitários,
- Ganhar competências para identificar o diagnóstico da pessoa (mas não diagnosticar) e para seleccionar e aplicar estratégias de intervenção, informadas pela evidência, com o objetivo de diminuir os sintomas psicológicos.

Os objetivos gerais para a aquisição de competências específicas na área da Saúde Mental para a formação pós-graduada especializada são:

- Ganhar competências para intervir com pessoas com doenças mentais graves em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, incluindo hospitais psiquiátricos;
- Ganhar competências específicas para trabalhar em equipas de Saúde Mental, juntamente com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais.

As principais competências e os resultados de aprendizagem a atingir no âmbito da Saúde Mental, para o curso de licenciatura em Fisioterapia e para a Formação Pós-graduada especializada para fisioterapeutas, estão espalhadas no quadro de competências do ponto 4 deste trabalho, e têm como base a experiência pedagógica e de organização curricular, de cursos de licenciatura e mestrado em fisioterapia, dos autores, assim como nas recomendações das instituições internacionais, reguladoras da educação para a profissão

8. Desafios e oportunidades

A Fisioterapia em Saúde Mental oferece um contributo extremamente importante na melhoria do bem-estar e autonomia das pessoas (1) com necessidades funcionais físicas, às quais podem estar associadas perturbações psicológicas, e (2) com condições de Saúde Mental, através de abordagens físicas, baseadas na evidência, no sentido de influenciar a Saúde Mental. Para que haja o desenvolvimento de elevados padrões de qualidade para a Fisioterapia em Saúde Mental, é fundamental (1) estimular a inclusão da Saúde Mental nos programas curriculares das licenciaturas em Fisioterapia, (2) desenvolver formação ao longo da vida, de carater avançado, (3) encorajar os fisioterapeutas a integrarem equipas de Saúde Mental, para que haja um reconhecimento do seu valor pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar e (4) estimular o desenvolvimento de competências de investigação dos fisioterapeutas nesta área (Probst, 2018).

Em Portugal, desde 2000, tem vindo a ser feito um trabalho de investigação (Vieira & Madureira, 2021; Vilar *et al.*, 2014), com os objetivos de (1) consolidar a prática clínica da Fisioterapia em Saúde Mental, (2) criar e sistematizar conteúdos para a educação em Fisioterapia, (3) sensibilizar os fisioterapeutas que a dimensão da Saúde Mental deve ser abordada em todas as pessoas de que cuidamos, enquanto profissionais de saúde e (3) incentivar os fisioterapeutas a trabalhar na área da Saúde Mental.

É uma oportunidade para a profissão, ter a possibilidade de oferecer abordagens simples, que podem ser ensinadas e que melhoram substancialmente a condição de Saúde Mental das pessoas. O fisioterapeuta consegue estabelecer uma relação terapêutica, mediada pela palavra, pelo toque e pelo movimento, isenta de preconceitos, capacitando para o ganho de consciência de que são capazes de ser autónomos e livres no seu pensamento e atitude.

No relatório “Sem mais tempo a perder – Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década” pelo Conselho Nacional de Saúde (2019), em que são feitas algumas recomendações que envolvem os cuidados de saúde prestados por Fisioterapeutas. Recomenda-se a criação de uma estratégia nacional de promoção da saúde mental na população, privilegiando a promoção da literacia em saúde mental em vários contextos. Realça a importância de se continuar a investigar o papel dos determinantes de saúde mental, assim como a prevalência de problemas de saúde mental.

Especificamente para os profissionais de saúde, refere a necessidade de integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários a nível nacional, e consequentemente os recursos humanos

necessários. Relativamente aos profissionais de saúde sublinha a importância de incluir números necessários para a diminuição de assimetrias geográficas e escassez de profissionais, assim como a criação de equipas de saúde mental comunitárias em todas as regiões do país (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

A nível europeu, destaca-se o projeto ROAMER – *A RoadMap for Mental Health Research in Europe* que decorreu entre 2011 e 2015, financiado pela União Europeia que nas suas conclusões destacam: a prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental em crianças e jovens, assim como a necessidade de manter redes de investigação interdisciplinares. Destacaram ainda a importância de melhorar as intervenções, assim como a capacitação dos utilizadores dos serviços, com especial ênfase nos cuidadores. As recomendações relacionadas com a investigação devem ter em conta a qualidade dos cuidados, respeitados os contextos culturais e económicos (ROAMER site – EU) - <https://cordis.europa.eu/article/id/92717-a-roadmap-for-eu-mental-health-research>

Com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde prestados aos cidadãos e tendo em conta a análise do contexto e situação atual da Fisioterapia em Saúde Mental em Portugal destacam-se algumas prioridades:

Para as instituições de ensino superior e centros de Investigação:

- Inclusão de conteúdos e competências na área da Saúde Mental para Fisioterapeutas nos planos de estudos das licenciaturas;
- Desenvolvimento de formação pós-graduada com vista à especialização clínica
- Construção, validação e adaptação cultural de instrumentos de medida na área da Fisioterapia em Saúde Mental
- Caracterização da prática clínica dos fisioterapeutas na área da saúde mental em Portugal

Para as instituições e organizações de prestação de cuidados em Saúde Mental:

- Integração de Fisioterapeutas nas equipas de Saúde Mental
- Valorização do exercício e da atividade física, orientados por fisioterapeutas, na prevenção e tratamento de condições de Saúde Mental.

9. Referências bibliográficas

- Auclair, L., Noulhiane, M., Raibaut, P., & Amarenco, G. (2009). Where are your body parts? A pure case of heterotopagnosia following left parietal stroke. *Neurocase*, 15(6), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13554790902911642>
- Balban MY, Neri E, Kogon MM, Weed L, Nouriani B, Jo B, Holl G, Zeitzer JM, Spiegel D, Huberman AD. (2023). Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Rep Med.*, 17;4(1):100895. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100895>
- Bathish, R., Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., & Lubman, D. I. (2017). “Is it me or should my friends take the credit?” The role of social networks and social identity in recovery from addiction. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(1), 35-46. <https://doi.org/10.1111/jasp.12420>
- Barros, J. (1998). Optimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação, Cultura*, 2 (2), 295-308.
- Barsalou, L. W. (1999). Perceptual symbol systems. *Behavioral and Brain Sciences*, 22(4), 577-660.
- Beynon, C. M., Luxton, A., Whitaker, R., Cable, N. T., Frith, L., & Taylor, A. H. (2013). Exercise referral for drug users aged 40 and over: Results of a pilot study in the UK. *BMJ Open*, 3(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002619>
- Beltran, M.I, Dijkerman, H. C., & Keizer, A. (2020). Affective touch experiences across the lifespan: Development of the Tactile Biography questionnaire and the mediating role of attachment style. *PLoS ONE* 15(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241041>
- Bergès & Bounes (1985). *Relaxation Therapeutique chez l'enfant*. Paris, Masson.
- Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med.*, 41(1):15-28. <https://doi.org/10.2190/PM.41.1.c>
- Blanke O, Arzy S. (2005). The out-of-body experience: Disturbed self-processing at the temporo-parietal junction. *Neuroscientist*. 11:16–24. <https://doi.org/10.1177/1073858404270885>
- Calvo-Merino, B., Glaser, D. E., Grèzes, J., Passingham, R. E., & Haggard, P. (2005). Action observation and acquired motor skills: An fMRI study with expert dancers. *Cerebral Cortex*, 15(8), 1243-1249.
- Chaitow, L., & Bradley, D. (2002). *Multidisciplinary Approaches to Breathing Pattern Disorders*. Churchill Livingstone. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-07053-2.X5001-1>
- Clark, J. E., Tremblay, L., & Ste-Marie, D. M. (2004). Differential modulation of corticospinal excitability during observation, mental imagery and imitation of hand actions. *Neuropsychologia*, 42(1), 105-112.
- Carim-Todda, L.; Mitchell, S.; Oken, B. (2013). Mind–body practices: An alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 399–410.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research (1985). *Public Health Rep*, 100(2):126–31.
- Chang, Y., Alderman, B., Chu, C., Wang, C., Song, T., Chen, F. (2017). Acute exercise has a general facilitative effect on cognitive function: A combined ERP temporal dynamics and BDNF study. *Psychophysiology*. 54(2):289-300. doi: <https://doi.org/10.1111/psyp.12784>
- Chemero, A. (2009). Radical embodied cognitive science. *Review of General Psychology*, 13(2), 139-145
- Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, Chekroud AM. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*, 5(9):739-746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS. <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Conrad, A. & Roth, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders* 21 (2007), 243–264.
- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>

- Cuppini C, Magosso E, Ursino M. (2011). Organization, maturation, and plasticity of multisensory integration: Insights from computational modeling studies. *Front Psychol.* 2:77. doi:10.3389/fpsyg.2011.00077
- Damásio A. (1999). *O Sentimento de Si - O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Publicações Europa-América. ISBN: 9789721047570.
- Decreto de Lei nº 113/2021 da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República nº 240/2021, Série I de 2021-12-14 (2021).
- Decreto de Lei nº 89/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 197/2023, Série I de 2023-10-11, páginas 3 – 30. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/10/19700/0000300030.pdf>
- Despacho nº 692/2022 do Ministério da Saúde., Pub. L. No. Diário da República nº 11/2022, Série II de 2022-01-17 (2022).
- Despacho nº 1277/2022 do Ministério da Saúde., Pub. L. No. Diário da República nº 21/2022, Série II de 2022-01-31 (2022).
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology*, 6, 1795. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>
- Donaghy, M. (2007). Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction? *Advances in Physiotherapy*. 9: 76-88
- Dacos, J.P. (1984). “Techniques Pchiatriques en Kinésithérapie”. Maloine, Bruxelles
- Farb NAS, Daubenmier J, Price CJ, Gard T, Kerr C, *et al.* (2015). Interoception, contemplative practice, and health. *Front. Psychol* 6:763.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, 30(4), 367-383. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.01.001>
- Feldman, R., Schreiber, S., Pick, C., Been, E. (2019). Gait, balance, mobility, and muscle strength in people with anxiety compared to healthy individuals, *Human Movement Science*, Volume 67, 2019, 102513, ISSN 0167-9457, <https://doi.org/10.1016/j.humov.2019.102513>
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II – Testes de validação. *Revista Acta Médica. Portuguesa*, 13, 119- 127.
- Firth, J., Stubbs, B., Vancampfort, D., Schuch, F., Lagopoulos, J., Rosenbaum, S., Ward, P. (2018). Effect of aerobic exercise on hippocampal volume in humans: A systematic review and meta-analysis. *Neuroimage*.166:230-238. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.11.007>
- Freiherr J, Lundström JN, Habel U, Reetz K. (2013). Multisensory integration mechanisms during aging. *Front Hum Neurosci.* Dec 13;7:863. doi: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00863>
- Gallace, A., & Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(2), 246–259. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.004>
- Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>
- Geng J, Vossel S. (2013). Re-evaluating role TPJ attentional control: Contextual updating? *Neurosci Biobehav Rev.* 37:2608–20
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), edição especial, 245-250.
- Gorczynski P, Faulkner G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD004412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2>
- Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores
- Hassmén, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25. doi: <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0597>
- Hengeveld, E., Banks, K. (2013). *Maitland's Peripheral Manipulation - Management of Neuromusculoskeletal Disorders*. Volume 2, 5th Edition - August 27, Elsevier Health Sciences. ISBN: 9780702040672
- Holloway, Williams, Brennan-Olsen, Morse, Kotowicz, Nicholson, Pasco, (2016). Anxiety disorders and falls among older adults, *Journal of Affective Disorders*, Volume 205, Pages 20-27, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.052>
- Horrell, J., Thompson, T. P., Taylor, A. H., Neale, J., Husk, K., Creanor, S., ... & Wallace, G. (2020). Qualitative systematic review of the acceptability, feasibility, barriers, facilitators and perceived utility of using physical

- activity in the reduction of and abstinence from alcohol and other drug use. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100355. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100355>
- Hosker DK, Elkins RM, Potter MP. (2019). Promoting Mental Health and Wellness in Youth Through Physical Activity, Nutrition, and Sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 28(2):171-193. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.010>
 - IOPTMH (International organization of physical therapy in mental health). (2016). Available from <http://www.wcpt.org/iopthmh>
 - In, Tae-sung, Jung, Jin-Hwa, Jang, Sang-hun, Kim, Kyung-hun, Jung, Kyoung-sim & Cho, Hwi-young (2019). "Effects of light touch on balance in patients with stroke" *Open Medicine*, vol. 14, no. 1, pp. 259-263. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0021>
 - IOPTMH (2019). Probst, M., Skjaerven, L.H., Parker, A., Gyllenstein, A.L., IJntema, R., & Catalán-Matamoros, D. (2016). Do you support this definition of physiotherapy in mental health? *Fisioterapia*. 38: 49
 - Jaeger, L., Marchal-Crespo, L., Wolf, P., Riener, R., Michels, L., Kollias, S. (2014). Brain activation associated with active and passive lower limb stepping. *Front Hum Neurosci*. 8:828. doi: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00828>
 - Jackson M, Kang M, Furness J, Kemp-Smith K. (2022). Aquatic exercise and mental health: A scoping review. *Complement Ther Med.*, 66:102820. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102820>
 - Jagadeesan, T; Archana R, Kannan R, Timsi Jain, Aadhyanth R. Allu, Tamil Selvi G, M. Maveeran, Maheshkumar Kuppasamy (2022). Effect of Bhramari Pranayama intervention on stress, anxiety, depression and sleep quality among COVID 19 patients in home isolation. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9167919/pdf/main.pdf>
 - Jayasinghe, S. (2019). The role of sensory stimulation on motor learning via action observation: a mini review. *Journal of Neurophysiology* 121:3, 729-731. <https://doi.org/10.1152/jn.00747.2018>
 - Josse G, Joseph S, Bertasi E, Giraud A. (2012). The brain 's dorsal route for speech represents word meaning: Evidence from gesture. *Plos One*. 7: e46108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046108>
 - Probst, M., & Skjaerven, L.H. (2017). *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical based approach*. London: Elsevier
 - Kačar, A., Milanović, S. D., Filipović, S. R., & Ljubisavljević, M. R. (2017). Changes in cortical excitability during paired associative stimulation in Parkinson's disease patients and healthy subjects. *Neuroscience Research*, 124, 51–56.
 - Kaur, J., Masaun, M. & Bhatia, M. (2013). Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders. *Delphi Psychiatry Journal*, 16(2).
 - Kern, M. (2016). Exercise, Physical Activity, and Mental Health. Editor(s): Howard S. Friedman, *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, Academic Press. Pages 175-180, ISBN 9780123977533, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00064-1>
 - Kremer, D. (1995). Physical Activity Programs Offered in Substance Abuse Treatment Facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 12, No. 5, pp. 327-333.
 - Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. Assembleia da República. Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21, páginas 2 – 23
 - Lephart SM, Pincivero DM, Giraldo JL, Fu FH. The role of proprioception in the management and rehabilitation of athletic injuries. *Am J Sports Med*. 1997 Jan-Feb;25(1):130-7. doi: <https://doi.org/10.1177/036354659702500126>
 - Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders: Evidence, theory, and practicality. *Mental Health and Physical Activity*, 9, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2015.06.003>
 - Lynch, W. (2010). Aerobic Exercise Attenuates Reinstatement of Cocaine-Seeking Behavior and Associated Neuroadaptations in the Prefrontal Cortex. *BIOL PSYCHIATRY* 2010;68:774–777.
 - Lynch, W., Peterson, A., Sanchez, V., Abel, J., Smith, M. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37, 1622–1644.
 - Luria, A.R. (1973). *The Working Brain – An Introduction to Neuropsychology*. Penguin, London
 - Madureira, ML (2023). A Saúde Mental em Portugal – o olhar invisível da Fisioterapia. Prova de Atribuição do Título de Especialista.

- Matta Mello Portugal E, Cevada T, Sobral Monteiro-Junior R, Teixeira Guimarães T, da Cruz Rubini E, Lattari E, Blois C, Camaz Deslandes A (2013). Neuroscience of exercise: from neurobiology mechanisms to mental health. *Neuropsychobiology*, 68(1):1-14. <https://doi.org/10.1159/000350946>
- Matsuura, Y., Fujino, H., Hashimoto, R., Yasuda, Y., Yamamori, H., Ohi, K., Takeda, M., Osamu Imura, O. (2015). Standing postural instability in patients with schizophrenia: Relationships with psychiatric symptoms, anxiety, and the use of neuroleptic medications, *Gait & Posture*, Volume 41, Issue 3, Pages 847-851, <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2015.03.006>.
- Mauro Paulino, Rodrigo Dumas-Diniz, Sofia Brissos, Rute Brites, Laura Alho, Mário. R. Simões & Carlos. F. Silva (2021) COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population, *Psychology, Health & Medicine*, 26:1, 44-55, <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- McClure, P.; Tevald, M.; Zarzycki, R.; Kantak, S.; Malloy, P.; Day, K.; Shah, K.; Miller, A.; Mangione, K. (2021). The 4-Element Movement System Model to Guide Physical Therapist Education, Practice, and Movement-Related. *Physical Therapy*, 101(3).
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. [Fenomenologia da Percepção]. Gallimard.
- Mitchell, L. (1989). *Simple Relaxation: The Mitchell Method of Physiological Relaxation for Easing Tension*. John Murray Pubs Ltd; 2nd Editions.
- Miller W. R.; Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre, Artemed Editores. ISBN 0-89862-469-10
- Moseley GL, Hodges PW. Reduced variability of postural strategy prevents normalization of motor changes induced by back pain: a risk factor for chronic trouble? (2006). *Behav Neurosci*. Apr;120(2):474-476. doi: <https://doi.org/10.1037/0735-7044.120.2.474>
- Northoff G, Bermpohl F. (2004). Cortical midline structures and the self. *Trends Cogn Sci*. 8:102–07. doi:10.1016/j.tics.2004.01.004.
- Northoff G, Heinzel A, Greck M, Bermpohl F, Dobrowolny H, Panksepp J. (2006). Self-referential processing in our brain: A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*. 31:440–57. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.12.002>
- OpenAI. (2023). ChatGPT (version 4.0) [Large language model]. <https://chat.openai.com/chat>
- OMS e DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa
- Orlov T, Makin TR, Zohary E. (2010). Topographic representation of the human body in the occipitotemporal cortex. *Neuron*. 68:586–600. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.09.032>
- Pais Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Pais Ribeiro, J. (2001). Mental health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (1), 77-99.
- Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Proske, U., & Gandevia, S. C. (2012). The Proprioceptive Senses: Their Roles in Signaling Body Shape, Body Position and Movement, and Muscle Force. *Physiological Reviews*, 92(4), 1651–1697. doi: <https://doi.org/10.1152/physrev.00048.2011>
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*. Lusociência, 2ª edição. ISBN: 972-8383-41-X.
- Peralta V, Cuesta MJ. (2017). Motor Abnormalities: From Neurodevelopmental to Neurodegenerative Through "Functional". (Neuro)Psychiatric Disorders. *Schizophr Bull*. 2017 Sep 1;43(5):956-971. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx089>
- Pérez-Piñar, M., Mathur, R., Foguet, Q., Ayis, S., Robson, J., & Ayerbe, L. (2016). Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. *European Psychiatry*, 35, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.02.004>
- Philip McClure, P., Tevald, M., Zarzycki, R., Kantak, S., Malloy, P. Kristin Day, Shah, K., Miller, A., Mangione, K. (2021). The 4-Element Movement System Model to Guide Physical Therapist Education, Practice, and Movement-Related Research, *Physical Therapy*, Volume 101, Issue 3, March 2021, pzab024, <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab024>
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., Relvas, J. (1982). Aferição da escala de autoavaliação de ansiedade de Zung, numa

amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 4 (3),191-202.

- Probst, M. (2016). *Physiotherapy and Mental Health*. Chapter from the book *Clinical Physical Therapy*. InTechOpen. <http://doi.org/10.5772/67595>
- Popa, T., Velayudhan, B., Hubsch, C., Pradeep, S., Roze, E., Vidailhet, M., Meunier, S., & Kishore, A. (2013). Cerebellar processing of sensory inputs primes motor cortex plasticity. *Cerebral Cortex*, 23(2), 305–314.
- Probst, M. (2017). *Physiotherapy and Mental Health*. <http://dx.doi.org/10.5772/67595>
- Probst, M. & Skjaerven, L.H. (2018). *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical*. Elsevier. ISBN: 978-0-7020-7268-0.
- Probst, M., Brunner, M., Connaughton, J., Sallinen, M., Skjaerven, L. (2020). Educational standards: describing minimal requirements of mental health courses in physiotherapy education. Preparation of the 2020 ER-WCPT Education Conference, in Leuven (Belgium).
https://www.ioptmh.org/files/ugd/9f5f61_0c2220d67fbc47ecb3ed41567d262b03.pdf
- Probst, M., Emanuel Brunner, E., Connaughton, J., Sallinen, M. Skjaerven, L. (2020). Educational standards: describing minimal requirements of mental health courses in physiotherapy education. IOPTMH, 2020 ER-WCPT Education Conference, in Leuven (Belgium)
- Rego, A., Duarte, C., Oliveira, C. (2017). *Neurociências*. 1ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-693-7
- Rob A. B. Oostendorp, Hans Elvers, Emilia Mikolajewska, Marjan Laekeman, Emiel van Trijffel & Han Samwel (2017). Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education” by Amarins J Wijma *et al.*, 2016, *Physiotherapy Theory and Practice*, 33:3, 260-262, <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651>
- Salgado, F (2002). O Balanço Dinâmico e o papel da Orientação Profissional na elaboração de programas de inserção social de pessoas com deficiência. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 407-418.
- Savoir et Competence Est, Elan, A.I.G.S., C.R.P. A/R (1998). *O Balanço Dinâmico – O Guia do Operador*. Programa Leonardo da Vinci (Projecto Start).
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* New York: Guilford Press
- Schultz, J.H. (1967). *O treinamento autógeno*. São Paulo: Ed. Mestre Jou.
- Schuch FB, Vancampfort D. (2021). Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. *Trends Psychiatry Psychother*, 43(3):177-184. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0237>
- Schuch, F, Vancampfort, D., Richard,s J., Rosenbaum, S., Ward, P-, Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res*.77:42-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.023>
- Shimojo S, Shams L. (2001). Sensory modalities are not sepa rate modalities: Plasticity and interactions. *Curr Opin Neurobiol*. 11:505–09.
- Smith PJ, Merwin RM. (2021). The Role of Exercise in Management of Mental Health Disorders: An Integrative Review. *Annu Rev Med.*, 27; 72:45-62. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-060619-022943>
- Ridding, M., McKay, D., Thompson, P., Miles, T. (2001). Changes in corticomotor representations induced by prolonged peripheral nerve stimulation in humans. *Clin Neurophysiol*. Aug;112(8):1461-9. doi: [https://doi.org/10.1016/s1388-2457\(01\)00592-2](https://doi.org/10.1016/s1388-2457(01)00592-2)
- Smallwood, J., Bernhardt, B.C., Leech, R. (2021). The default mode network in cognition: a topographical perspective. *Nat Rev Neurosci* 22, 503–513. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00474-4>
- Smith, M. (2008). Aerobic exercise decreases the positive-reinforcing effects of cocaine. *Drug and Alcohol Dependence* 98, 129–135
- SNS (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. Nov;82(11):1098-107. PMID: 12405874.
- Soubiran, G.B. e Coste, J.C. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris: Doin Éditeurs
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., . . . Kahl, K. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: A meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical

Therapists in Mental Health (IOPTMH). *European Psychiatry*, 54, 124-144.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004>

- Skjærpe, N., Hegelstad, V., Joa, I., & Storm, M. (2023). Exploring key determinants of health among individuals with serious mental illness: qualitative insights from a first episode psychosis cohort, 20 years postdiagnosis. *BMC Psychiatry*, 23:784 <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05270-1>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 17(2):177-82. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
- Suddendorf T, Corballis MC. (2007). The evolution of foresight: What is mental time travel, and is it unique to humans? *Behav. Brain Sci* 30(3):299–313
- Taylor, A. H., & Thompson, T. P. (2018). Exercise in the prevention, treatment and management of substance use addictions. In M. Wegner & H. Budde (Eds.), *Exercise and mental health: Neurobiological mechanisms of the exercise effect on depression, anxiety, and well-being* (pp. 127-141). New York: Taylor & Francis.
- Tajadura-Jiménez A, Grehl S, Tsakiris (M. 2012). The other in me: Interpersonal multisensory stimulation changes the mental representation of the self. *PloS One*. 7: e40682.
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 9(10), e110728. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110728>
- Warren N, Leske S, Arnautovska U, Northwood K, Kisely S, Siskind D. (2023). Prevalence of frailty in severe mental illness: findings from the UK Biobank. *BJPsych Open*. 12;9(6): e185. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.580>
- World Confederation for Physical Therapy (2007). Description of Physical Therapy. General Meeting of WCPT, June 2007.
- Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TRA, Dunne JD, Davidson RJ. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 7; 15:285-316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
- Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, Bitter I, Brunn M, Chevreul K, Demotes-Mainard J, Elfeddali I, Evans-Lacko S, Fiorillo A, Forsman AK, Hazo JB, Kuepper R, Knappe S, Leboyer M, Lewis SW, Linszen D, Luciano M, Maj M, McDaid D, Miret M, Papp S, Park AL, Schumann G, Thornicroft G, van der Feltz-Cornelis C, van Os J, Wahlbeck K, Walker-Tilley T, Wittchen HU; ROAMER consortium. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry*. 2015 Nov;2(11):1036-42. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00332-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00332-6). Epub 2015 Sep 21. PMID: 26404415.
- World Health Organization [WHO] (2023). Concepts in mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization [WHO] (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization [WHO] (2004). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization [WHO] (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Physiotherapy – Europe Region (2022), Annex 24 – 13th General Meeting of the Europe Region.
- Van Hout, M. C., & Phelan, D. (2014). A grounded theory of fitness training and sports participation in young adult male offenders. *Journal of Sport & Social Issues*, 38(2), 124-147. <https://doi.org/10.1177/0193723513520012>
- Van Spaendonck K, Bleijenberg G (2010). Biopsychosociale klachten. Het biopsychosociale model (SCEGS) http://www.wikifysio.nl/index.php/Biopsychosociale_klachten,_SCEGS.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. MIT Press
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84
- Vieira e Madureira (2001). *Fisioterapia em Saúde Mental - Um Contributo para a Proposta de um Guia de Boas Práticas*. Monografia – Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Vilar, G., Duran, D., Silva, F., Pereira, S., Madureira, L., Matilde, H., & Vieira, A. (2014). Linhas orientadoras para a intervenção em Fisioterapia no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Edição Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- Vieira AI, Ramos AV, Cavalheiro LM, Almeida P, Nogueira D, Reis E, Nunes MV e Castro-Caldas A. Reliability and

Validity of the European Portuguese Version of the Social Touch Questionnaire. *J Nonverbal Behav* 40, 363–377 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10919-016-0239-7>

- Vieira, AI, Almeida, P., Canário, N., Castelo-Branco, M., Maria Vânia Nunes, MV & Castro-Caldas, A. (2017). Unisensory and multisensory Self-referential stimulation of the lower limb: An exploratory fMRI study on healthy subjects, *Physiotherapy Theory and Practice*, <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1368758>
- Vignemont, F. (2010). Body schema and body image--pros and cons. *Neuropsychologia*, 48(3), 669–80. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.022>
- Wilson, A. D., & Foglia, L. (2017). Embodied cognition. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 8(1-2), e1390.
- Zarzycki, R., Malloy, P., Eckenrode, B. J., Fagan, J., Malloy, M., & Mangione, K. K. (2022). Application of the 4-element movement system model to sports physical therapy practice and education. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 17(1), 18.
- Zhang W, Xu R. (2022). Effect of Exercise Intervention on Internet Addiction and Autonomic Nervous Function in College Students. *Biomed Res Int*. 5; 2022:5935353. <https://doi.org/10.1155/2022/5935353>
- Zschucke, E., Heinz, A. & Strohle, A. (2012). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The ScientificWorld Journal*. Volume 2012, Article ID 901741. doi: <https://doi.org/10.1100/2012/901741>

10. Sites de interesse e recursos online

- Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares:
 - <https://www.adeb.pt/>
- Associação Nacional para a Saúde Mental:
 - <https://www.alertamente.org/>
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer:
 - <https://alzheimerportugal.org/>
- Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger:
 - <https://apsa.org.pt/pt/>
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental:
 - <https://saudemental.min-saude.pt/>
- DOMUS MATER, Associação de Apoio ao Familiar e Doente com Perturbação Obsessivo-Compulsiva:
 - <https://domusmater.org/>
- European Psychiatric Association:
 - <https://www.europsy.net/archive-editors-choice-articles/>
- Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental:
 - <https://familiarmente.pt/>
- Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa:
 - <https://www.gira.org.pt/>
- International Organization of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH):
 - <https://www.ioptmh.org/>
 - https://www.ioptmh.org/files/ugd/9f5f61_43fe2b1bad6a42939129e588e7aa30e1.pdf
 - https://www.ioptmh.org/files/ugd/9f5f61_0c2220d67fbc47ecb3ed41567d262b03.pdf

- Programa Nacional de Saúde Mental (SNS) – Projeto descomplica (vídeos):
 - <https://www.youtube.com/watch?v=f6bdHVw92Y8&t=9s>
 - https://www.youtube.com/watch?v=o5D5p5FV_KY
 - <https://www.youtube.com/watch?v=RfRjwrID2As>
 - <https://www.youtube.com/watch?v=jCdIBJ16pNg>
 - https://www.youtube.com/watch?v=dQSm2_GsTqA
 - https://www.youtube.com/watch?v=MHW7iy_RvzU
 - <https://www.youtube.com/watch?v=SlYv6438FCA>
- World Health Organization:
 - <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 - [9789240031029-eng.pdf \(who.int\)](#)
 - https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_3
 - Package of interventions for rehabilitation: module 8: mental health conditions: [9789240071285-eng.pdf \(who.int\)](#)
- World Physiotherapy:
 - <https://world.physio/>

Anexos

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)			

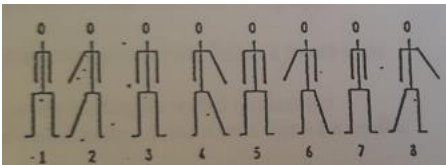
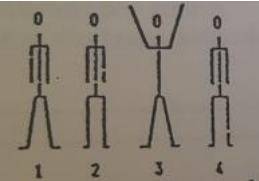
Observações (tensão tónico-postural e tónico-emocional, sincinesias, sinais de desatenção/distractibilidade, alterações de planeamento motor e gestual, diferença de comportamento motor entre a mão direita e a mão esquerda, etc.)

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 tónico-postural e tónico-emocional, descontrolo tónico-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 tónico-postural e tónico-emocional, descontrolo tónico-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, Cavaleiro 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 relativas 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).

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).*