

LINHAS ORIENTADORAS PARA A INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS



SICAD | Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências

Ficha técnica

AUTORIA: Grupo de Trabalho constituído por:

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Graça Vilar (Coordenação) | Domingos Duran | Fátima Silva | Sofia Borges Pereira

Unidade de Desabituação das Taipas | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

Leonor Madureira

Unidade de Desabituação do Algarve | Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Helena Matilde

Escola Superior de Saúde do Alcoitão | Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Ana Isabel Vieira

EDIÇÃO: Lisboa, 2014

Índice

Siglas e abreviaturas.....	4
Enquadramento.....	5
Metodologia.....	7
PARTE I. Fundamentos teóricos.....	8
1.1. Contextualização.....	8
1.2. Princípios.....	10
1.3. Padrões de prática em Fisioterapia.....	11
PARTE II. Especificidades da Fisioterapia no âmbito dos CAD.....	14
2.1. Padrões de prática em Fisioterapia no âmbito dos CAD.....	15
2.2. Registo Clínico da Fisioterapia no Sistema de Informação.....	30
Difusão e monitorização.....	31
Referências bibliográficas.....	32

Siglas e abreviaturas

Sigla	Designação
APF	■ Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
ARS,I.P.	■ Administração Regional de Saúde, Instituto Público.
CAD	■ Comportamentos Aditivos e Dependências
CIF	■ Classificação Internacional de Funcionalidade
DICAD	■ Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPC.ALV	■ Desenvolvimento Profissional Contínuo e Aprendizagem ao Longo da Vida
IDT, I.P.	■ Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
OMS	■ Organização Mundial de Saúde
Q.M	■ Quociente Motor
SICAD	■ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
UIL	■ Unidade de Intervenção Local
WCPT	■ <i>World Confederation for Physical Therapy</i>

Enquadramento

Os Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), enquanto *fenómenos que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de uma pessoa, tendencialmente de evolução crónica, associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados* (Vilar, 2013), exigem uma análise e uma intervenção multidimensional.

A intervenção em matéria de CAD deve então ser pluri e transdisciplinar, desenhada numa perspetiva biopsicossocial e ambiental, dinâmica e desenvolvimental. *Esta multiplicidade exige um planeamento das intervenções que se traduza em objetivos que acompanhem o desenvolvimento ajustado da pessoa, através de medidas de intervenção preventiva, ou na história natural da perturbação, plasmando em cada momento da intervenção as respostas que mais adequadamente podem fazer face às consequências, e ao impacto destas problemáticas e que a estas se vão associando.* (SICAD, 2013)

Torna-se então relevante desenvolver estratégias que tenham em consideração abordagens que impliquem um diagnóstico individualizado e que garantam cuidados adequados e continuados, em função da patologia apresentada e eventuais comorbilidades, às pessoas com problemas no âmbito dos CAD e aos seus envolventes, assim como diversificados em função da multiplicidade e interação de fatores que estão na origem do desenvolvimento e manutenção de comportamentos aditivos e sua eventual evolução para a dependência.

Nesta linha, as intervenções em Fisioterapia, que dispõem de inúmeras possibilidades terapêuticas capazes de aprimorar a funcionalidade motora, de auxiliar a reestruturação de aspetos físicos e psíquicos da pessoa e de promover o seu processo de reabilitação, assumem um espaço e relevância específicos no âmbito das respostas ao nível do tratamento dos utentes.

Assim, constituiu-se um Grupo de Trabalho, que sob a égide do SICAD, elaborou estas linhas orientadoras que procuram disponibilizar um conjunto de pontos de referência para as intervenções desenvolvidas, reunindo, por um lado, recomendações de boas práticas, sistematizadas a partir da experiência adquirida ao longo do tempo, e por outro, orientações que permitam uma melhoria da sua avaliação, constituindo-se enquanto ferramenta útil para desenvolver e (re)desenhar a intervenção integrada no âmbito dos CAD.

Pretende-se, assim, que este documento figure como um instrumento operacional para os profissionais que intervêm em Fisioterapia no domínio dos CAD, sustentando-se em 3 vertentes principais:

- Harmonização das práticas profissionais, com incremento da sua qualidade e consistência;
- Melhoria dos resultados e da qualidade da intervenção, partindo-se dos resultados obtidos e redefinindo-se estratégias de trabalho que permitam a sustentabilidade de ganhos em saúde e de bem-estar social;
- Facilitação dos processos formativos de novos profissionais, com a definição de padrões de prática em Fisioterapia no âmbito dos CAD, capaz de garantir a defesa dos seus princípios fundamentais.

Metodologia

Nesta iniciativa que congregou não só o SICAD mas também Fisioterapeutas das ARS, I.P., optou-se por integrar e dar continuidade aos trabalhos já desenvolvidos por profissionais das Unidades de Intervenção Local (UIL) com experiência e conhecimentos privilegiados face a este objetivo, como é o caso da Unidade de Desabilitação Centro das Taipas e o Centro de Respostas Integradas do Algarve, respetivamente na Administrações Regionais de Lisboa e Vale do Tejo e na do Algarve, I.P. que disponibilizam serviços de fisioterapia, não deixando por tal de procurar representar as diferentes especificidades regionais.

Revelou-se igualmente fundamental que, a esta iniciativa, fossem aportados os contributos baseados na evidência científica, suportados por um conhecimento dos CAD e das questões específicas que estes fenómenos colocam à intervenção em Fisioterapia, o que ocorreu através da participação de uma docente e investigadora na área da Fisioterapia em Saúde Mental e CAD da Escola Superior de Saúde do Alcoitão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Para a elaboração deste documento os peritos envolvidos adotaram uma metodologia de consenso a partir das seguintes premissas:

- Evidências baseada na prática clínica dos Fisioterapeutas que têm intervindo ao longo dos tempos com pessoas com CAD.
- Evidência baseada na literatura científica. De salientar que historicamente e à semelhança de algumas das disciplinas científicas que foram chamadas a intervir no domínio dos CAD, a abordagem específica da Fisioterapia neste contexto, emergiu e diferenciou-se a partir dos princípios orientadores da Fisioterapia em Saúde Mental. Nesse sentido, muitas das bases teóricas aqui apresentadas são sustentadas nas orientações da Fisioterapia na Saúde Mental.

Procedeu-se então à pesquisa bibliográfica e documental de forma a fundamentar a matriz teórica, e à consulta, análise e revisão de processos no sentido de explicitar o modelo de intervenção criado por referência à prática quotidiana dos Fisioterapeutas envolvidos na área dos CAD.

- Padrões de prática, propostos para a área da Fisioterapia na Saúde Mental elaborados por Vieira & Madureira (2001). Para tal foi desenhado um estudo metodológico, utilizando a Técnica de Delphi, para a qual foi designada uma amostra populacional não aleatória por julgamento, constituída por um painel de 8 experts: três Fisioterapeutas, dois Psiquiatras e três Psicólogos, a quem foi passado um questionário, elaborado com base na revisão da literatura.

Este documento está essencialmente estruturado em duas partes: fundamentos teóricos e as especificidades da intervenção da Fisioterapia no âmbito dos CAD. Na primeira parte é apresentado o modelo conceptual da Fisioterapia baseado nas recomendações internacionais da *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)*, sendo que, no primeiro capítulo, se procede à contextualização da Fisioterapia direcionada à intervenção com pessoas com CAD, no segundo capítulo são explanados os princípios éticos pelos quais os Fisioterapeutas se devem reger e, no capítulo seguinte, são apresentados globalmente os padrões de prática em Fisioterapia para Portugal e definidos pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF).

Na segunda parte são explicitadas as especificidades da Fisioterapia no âmbito dos CAD, apresentando-se uma proposta de padrões de prática adaptados e específicos a esta problemática, tendo por base o estudo de Vieira & Madureira (2001) acerca dos padrões de prática para a área da Fisioterapia na Saúde Mental e a prática baseada, tanto na evidência científica como na experiência dos fisioterapeutas portugueses nesta área.

PARTE I. Fundamentos Teóricos

1.1. Contextualização

O Fisioterapeuta centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção de saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outra, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida. ¹

A Fisioterapia em Saúde Mental é uma especialidade nova, tendo vindo a desenvolver-se sobretudo em resposta às mudanças operadas na oferta de serviços às pessoas com CAD e ao aumento da preocupação da díade corpo/mente.

A constante revisão de saberes e desempenhos que os serviços de saúde mental proporcionam, oferece uma oportunidade de refletir sobre a “Evidencia da Prática Clínica” e sobre o papel do Fisioterapeuta, sobretudo na área dos CAD. (Vieira & Madureira, 2001)

O papel do Fisioterapeuta dentro de uma equipa técnica especializada em CAD é promover o bem-estar e a autonomia dos utentes que poderão ter associadas outras patologias, e utilizar estímulos sensoriais-motores para influenciar a saúde e o bem-estar.

Vieira & Madureira (2001) afirmam que o Fisioterapeuta que trabalhe na área de saúde mental e CAD adota uma aproximação eclética e o esqueleto da sua prática é lato e holístico. A Fisioterapia centra-se essencialmente na análise e avaliação do movimento e da postura, tendo por base a estrutura e função das componentes do corpo. Na sua intervenção utiliza modalidades educativas e terapêuticas específicas com base no movimento, terapias de mobilização, meios físicos e naturais, com a finalidade da promoção da saúde e prevenção da doença.

¹ Decreto-lei n.º 261/93, de 24 de julho e Decreto-lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, que regulam o exercício profissional dos Fisioterapeutas.

Dacos (1984) definiu a Fisioterapia em Saúde Mental como uma aproximação, uma sensibilização, uma educação, uma análise do corpo por meios passivos e dinâmicos, verbais e não-verbais. Estes meios subentendem o conhecimento e o funcionamento dos sistemas relacionais, próprios das teorias de comunicação.

O mesmo autor refere ainda que o Fisioterapeuta tem como objeto de trabalho um corpo desinvestido e sofredor em que o objetivo será restabelecer a segurança, remodelar e reeducar. O seu papel dentro da equipe especializada em CAD é promover o bem-estar e a autonomia das pessoas com disfunções físicas associadas a doenças mentais e utilizar estímulos físicos para influenciar a saúde psíquica.

Kaur, Masaun & Bhatia (2013) salientam que a Fisioterapia tem um papel importante a desempenhar na promoção do bem-estar mental, sendo que, a ligação entre a saúde mental e o bem-estar físico está bem documentada.

Nesse sentido e tendo em conta a evidência baseada na prática, os Fisioterapeutas detêm competência para lidar com pessoas com problemas no âmbito dos CAD.

O enfoque na área dos CAD oferece quer oportunidades, quer desafios à profissão de Fisioterapeuta e o corpo da evidência está pronto a suportar o papel da Fisioterapia neste campo. Neste sentido, torna-se vital que a profissão seja capaz de articular a sua intervenção quer, no âmbito da saúde mental em geral, quer na área do CAD em particular.

Os saberes específicos dos Fisioterapeutas que trabalham nesta área podem ser transmitidos e utilizados pelos pares que intervenham noutras áreas, onde o estado psicológico do indivíduo pode exigir uma aproximação no sentido quase psicoterapêutico.

O Fisioterapeuta tem competências para utilizar e interpretar a linguagem não-verbal que ressalta nas atividades que envolvam relaxamento e movimento, facilitando desta forma, uma consciência interna e externa do "EU". Tudo isto combinado com técnicas de gestão do *stress*, induz no utente um sentimento de aceitação e conhecimento do seu corpo e das suas emoções. (Kaur, Masaun & Bhatia, 2013)

A intervenção da Fisioterapia em utentes com CAD reforça a ligação entre o corpo e as emoções e os afetos, assim como entre o movimento e a cognição.

1.2. Princípios

Em Portugal, a obrigação de assegurar padrões de elevada qualidade no que se refere à prestação de cuidados da Fisioterapia, está reportada na *WCPT Ethical Principles* (2011) e no artigo 2º dos Estatutos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (*APF*) (1960).

A finalidade da WCPT e da APF é a de melhorar a qualidade dos cuidados globais da saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia.

Os **princípios éticos**, determinados por ambas as organizações, estabelecem que os fisioterapeutas devem:

- Respeitar os direitos e a dignidade de todos os indivíduos;
- Agir de acordo com as Leis e Regulamentos da prática de Fisioterapia no país em que trabalham;
- Aceitar a responsabilidade para o exercício;
- Providenciar o exercício profissional responsável, honesto e competente;
- Ter obrigação de promover serviços de qualidade, de acordo com os objetivos e políticas delineadas pela Associação Portuguesa de Fisioterapia;
- Ter um nível salarial suficiente e justo para o exercício profissional;
- Promover uma informação cuidada aos utentes, a outras instituições e à comunidade sobre a Fisioterapia e o papel do Fisioterapeuta;
- Contribuir para o planeamento e desenvolvimento das Unidades que dão resposta às necessidades da saúde da comunidade.

1.3. Padrões de prática em Fisioterapia

Segundo a APF (2005), os padrões de prática, enquanto instrumento que permite a análise de interação entre a Fisioterapia e os Cidadãos, são necessários para:

- *Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua autorregulação, demonstrando também aos Cidadãos que os Fisioterapeutas são profissionais de saúde indispensáveis neste processo;*
- *Orientar os Fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;*
- *Conduzir e orientar os Fisioterapeutas no seu desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida;*
- *Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos Governos, órgãos de tutela e outros grupos profissionais;*
- *Refletir os valores, condições e objetivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão;*
- *Ter como base princípios válidos e mensuráveis;*
- *Ir ao encontro das necessidades de mudança da comunidade;*
- *Servir como um meio de comunicação com os membros de profissão, empregadores, outros profissionais de saúde, governos e o público em geral.*

Os padrões gerais acordados para a prática da Fisioterapia em Portugal são (APF, 2005):

Parceria com o utente

Respeito pela individualidade

[Padrão 1] Reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspetos da relação terapêutica.

Consentimento Informado

[Padrão 2] Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado.

Confidencialidade

[Padrão 3] As informações dadas pelo utente ao Fisioterapeuta são tratadas com estrita e total confidencialidade.

Recolha de dados e ciclo de intervenção

Recolha de Dados

[Padrão 4] No sentido de proporcionar um cuidado efetivo, deve identificar-se toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível.

[Padrão 5] Deve ser recolhida informação relacionada com o utente ou relacionada com o seu problema atual.

[Padrão 6] Sendo os problemas do utente uma referência, deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da condição de saúde do utente.

Análise

[Padrão 7] O plano de intervenção é feito em função da recolha de dados e análise da informação.

Plano de intervenção

[Padrão 8] O plano de intervenção é formulado em parceria com o utente.

Implementação

[Padrão 9] O plano de intervenção é executado de forma a beneficiar o utente.

Avaliação contínua

[Padrão 10] O plano de intervenção é avaliado de forma contínua para garantir a sua efetividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde.

Transferência/alta

[Padrão 11] Quando completado o plano de intervenção, são tomadas providências para a transferência/alta.

Comunicação (comunicação com o utente e cuidadores)

[Padrão 12] Os Fisioterapeuta comunicam efetivamente com os utentes e/ou seus familiares/cuidadores.

Comunicação com outros profissionais

[Padrão 13] Os Fisioterapeutas comunicam efetivamente com profissionais de saúde e outros no sentido de providenciar um serviço efetivo ao utente.

Documentação

[Padrão 14] Para facilitar a gestão sobre o utente e satisfazer os requisitos legais, todos os utentes que recebam intervenção de fisioterapia devem ter um processo clínico de Fisioterapia que inclua informação relacionada com cada episódio.

[Padrão 15] Os processos clínicos de Fisioterapia são arquivados de acordo com políticas existentes e legislação vigente.

Promoção de um ambiente seguro (segurança do utente e do Fisioterapeuta)

[Padrão 16] Os utentes são tratados num ambiente seguro tanto para estes como para os Fisioterapeutas e família/cuidadores.

Fisioterapeutas que trabalham sozinhos

[Padrão 17] O Fisioterapeuta toma precauções no sentido de garantir que os riscos de trabalhar sozinho sejam minimizados.

Segurança do equipamento

[Padrão 18] Todo o equipamento é seguro e adequado à finalidade, no sentido de permitir a segurança do utente, familiar/cuidador e do Fisioterapeuta.

Desenvolvimento profissional contínuo. Aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV)

[Padrão 19] O Fisioterapeuta avalia as suas necessidades de aprendizagem.

[Padrão 20] O Fisioterapeuta planeia o seu desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida (DPC.ALV).

[Padrão 21] Os planos de DPC.ALV são implementados.

[Padrão 22] O Fisioterapeuta avalia os benefícios do DPC e da sua ALV.

PARTE II. Especificidades da Fisioterapia no âmbito dos CAD

Desde o início do Centro das Taipas², 1987, que se deu especial importância à intervenção da Fisioterapia, reconhecendo o seu contributo na abordagem às pessoas com CAD. Até essa data, poucos eram os Fisioterapeutas que intervinham nas equipas técnicas especializadas nos CAD. Os Fisioterapeutas foram integrados em equipas multidisciplinares nos dois outrora Centros de Atendimento a Toxicodependentes Centro das Taipas e de Olhão. Foram traçando as suas linhas de intervenção para todos os doentes com problemas de dependência e com doença mental associada ou não. Criaram um serviço de Fisioterapia autónomo que responde a todos os doentes com CAD que se encontrem em fases diferentes do seu tratamento, quer estejam em internamento, consulta externa, centro de dia e equipa materno-infantil. Recorreram a padrões de intervenção já existentes, realçando a sua prática.

Como já referido, em 2001 foi desenvolvida uma proposta de padrões de prática, específicos para a Fisioterapia em Saúde Mental, essenciais para a melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços (Vieira & Madureira, 2001). Para tal, foi realizado um estudo de natureza metodológica, no sentido de procurar responder à nossa questão orientadora: "Quais deverão ser as linhas comuns que orientem a prática do Fisioterapeuta em Saúde Mental?". Foi designada uma amostra populacional não aleatória por julgamento, constituída por um painel de oito *experts* em Saúde Mental: três Fisioterapeutas, dois Psiquiatras e três Psicólogos, a quem foi passado um questionário, elaborado com base na revisão da literatura. Dado que se pretendia obter o máximo consenso entre os membros do painel, optou-se por ter como base a Técnica de Delphi, isto é, os resultados do primeiro questionário foram tratados e devolvidos aos membros do painel no sentido de se voltarem a pronunciar sobre as alterações sugeridas na primeira ronda do questionário. Houve lugar a duas rondas, tendo sido atingido, no final da segunda, o consenso total.

Decorrentes deste estudo inicial, os objetivos dos padrões, que agora se desenham são:

- Contribuir para a uniformização da prática dos Fisioterapeutas que trabalham em CAD em Portugal;
- Sensibilizar e motivar outros Fisioterapeutas para trabalhar nesta área;
- Sustentar o ensino da Fisioterapia nesta área específica;
- Servir como instrumento de autoavaliação para os Fisioterapeutas ou para os serviços;
- Constituir um guia para o levantamento das necessidades de formação;
- Constituir a base para definir estratégias de ação, diminuindo assim, a discrepância entre a atuação e o modelo de referência.

Estes padrões foram construídos tendo em conta várias dimensões, sendo elas, a Relação Terapêutica, o Papel e as Competências do Fisioterapeuta, a Avaliação e os Meios e Técnicas de Intervenção.

² Atualmente designado de UD Centro das Taipas, enquanto Unidade de Intervenção Local da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

2.1. Padrões de prática em Fisioterapia no âmbito dos CAD

A Relação Terapêutica

[Padrão 1]

Velasco (1994) fala da relação terapêutica e alerta para o facto de ser fundamental respeitar a individualidade de cada ser humano, estabelecer uma relação afetiva de ajuda e não de dependência e utilizar a linguagem corporal como meio de comunicação.

Nos últimos anos tem sido crescente, a tendência, para os Fisioterapeutas serem encarados como membros da equipe de acompanhamento de utente com CAD, em vez de serem chamados a intervir pontualmente em situações de problemas neurológicos ou músculo-esqueléticos. De entre os muitos fatores que contribuíram para tal, é a crescente noção da importância da relação entre mente e corpo e o efeito que uma dimensão tem sobre a outra.

Aspetos importantes na relação terapêutica a ter em consideração:

- O equipamento e o espaço do departamento deverão oferecer segurança ao utente;
- O ambiente terapêutico tem que ser acolhedor;
- Deve ser utilizada farda, a não ser que constitua uma barreira à comunicação;
- O primeiro contacto com o utente é extremamente importante e possui efeitos sobre a perceção que o utente faz da sua situação, sobre o julgamento que faz do terapeuta, sobre o seu bem-estar e motivação;
- O primeiro contacto deve ser face-a-face, sem a existência de barreiras físicas e, deve-se evitar, pedir ao utente que tire a sua roupa ou que se deite antes ou durante a entrevista;
- Num primeiro contacto deverá sempre apresentar-se, tratar o utente pelo nome e considerar toda a informação anterior que possui sobre esse mesmo utente;
- Durante todo o processo é fundamental saber ouvir, estabelecer o contacto visual, dar feedback verbal e não-verbal, ter uma postura atenta e uma linguagem corporal adequada, fazer perguntas que permitam obter mais informação dando oportunidade de expressão ao utente, mantendo sempre uma atitude empática;
- A base da abordagem ao utente, deve ser precedida de explicações lógicas, sempre que possível e/ou desejável;
- A prestação de cuidados deve passar por uma comunicação adequada;
- 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 que ser estabelecido previamente um contacto com o utente. 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 utentes que apresentem comorbilidades com quadros psicóticos, nomeadamente na psicose esquizofrénica em fase aguda;
- O ensino ao utente 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;
- Dirigir especial atenção às relações de dependência que o utente poderá desenvolver, preparando sempre a autonomia e a separação;
- O utente tem de ser apoiado por uma equipa multidisciplinar, em que o sentido da igualdade e o respeito mútuo são desenvolvidos. Todas as decisões devem colocar o utente como “o ator principal” do seu próprio projeto.

O Papel do Fisioterapeuta

[Padrão 2]

O Fisioterapeuta, no âmbito dos utentes com CAD, aborda um corpo desinvestido e sofredor. A sua ação diferencia-se pela aproximação corporal que propõe ao utente, fomentando assim maiores níveis de segurança na relação consigo próprio e com os outros, reeducando e remodelando.

Segundo as orientações da Association of Chartered Physiotherapists in Psychiatry através das *Guidelines for Good Practice for Physiotherapists in Psychiatry* (1991), os Fisioterapeutas atuam essencialmente em três vertentes, ao nível do aconselhamento (utentes, familiares, pares e à população em geral), ao nível do acompanhamento clínico dos utentes e ao nível educacional.

Há ainda que salientar o facto que, os fisioterapeutas que trabalhem com utentes com CAD deverão ter uma abordagem holística, não atendendo exclusivamente ao aspeto físico da intervenção.

Dacos (1984), em *Téchniques Psychiatriques en Kinésithérapie*, define Fisioterapia neste contexto como sendo (...) *uma aproximação, uma sensibilização, uma educação, uma análise do corpo, por meios passivos ou dinâmicos, verbais e não-verbais. Estes meios subentendem o conhecimento e o funcionamento dos sistemas relacionais próprios das teorias da comunicação.*

As **principais linhas que deverão orientar o Fisioterapeuta no seu papel** são:

- Assegurar que o utente seja tratado pelo seu nome e não como um diagnóstico, tanto de uma forma verbal como escrita;

- Ser honesto e mostrar abertura, mantendo-se sempre atento à linguagem corporal e à necessidade de uma comunicação adequada;
- Manter a confidencialidade e no contacto direto com o utente deve promover a sua privacidade e dignidade;
- Assegurar a transmissão de uma imagem positiva que sirva de modelo para os seus utentes;
- Fomentar o envolvimento do doente em decisões relacionadas com a sua vida, fornecendo um bom suporte que permita ao utente efetuar a sua escolha, tendo em conta que essa opção deverá ser respeitada.
- Avaliar as dificuldades na atividade associadas a problemas relacionados com a estrutura e função física e mental;
- Avaliar os problemas motores e funcionais relacionados com a doença mental crónica e aguda, associadas com sintomas causados por comportamentos aditivos, como por exemplo alteração de tónus muscular, controlo postural, coordenação, postura e marcha;
- Estabelecer objetivos realistas com o utente e/ou com o seu principal prestador de cuidados;
- Planear e implementar programas de tratamento, sem excluir aqueles com dificuldades de comunicação;
- Saber que o utente 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 do utente ser respeitada;
- 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;
- Demonstrar uma atitude positiva face à inserção social do utente. Para tal, devem ser trabalhados diferentes aspetos, como o seu aspeto físico, higiene e vestuário;
- Desenvolver a confiança do utente no movimento, mobilidade e função, com o objetivo da integração social, encorajando o uso dos recursos comunitários;
- Participar em programas de intervenção e orientação para a realidade em conjunto com outros profissionais;
- Integrar reuniões e avaliações multidisciplinares.

As Competências do Fisioterapeuta

Saber estar, saber fazer, saber ouvir.

[Padrão 3]

Fritzen (1978) diz que a natureza nos deu dois ouvidos, dois olhos e uma língua, para que se possa ouvir e ver mais do que falar. *O bom ouvinte colhe, enquanto aquele que fala semeia.* Até há pouco tempo dava-se pouca importância à capacidade de ouvir, o que levou as pessoas a subestimar a importância da capacidade de ouvir, nas suas atividades diárias de comunicação.

Refere ainda que se deve olhar para cada pessoa como se a mesma tivesse pendurado ao pescoço um cartaz, onde se lê: *"Quero sentir-me importante"*. A própria experiência ensina-nos que as pessoas ao serem tratadas como tal, sentem-se mais felizes e procuram realizar e produzir mais, e, quem observa sente-se mais gratificado.

Ouvir, é muito mais complicado do que o processo físico da audição, ou de escutar. Ouvir implica um processo intelectual e emocional que integra dados físicos, emocionais e intelectuais na busca de significados e de compreensão. O ouvir eficaz ocorre quando o recetor é capaz de discernir e compreender o significado da mensagem do emissor.

Para saber ouvir é fundamental:

- Procurar ter um objetivo ao ouvir;
- Resistir ao efeito de halo;
- Procurar olhar e estar atendo, resistindo a distrações;
- Pensar antes de responder;
- Evitar julgamento;
- Usar o tempo diferencial da comunicação para pensar e responder;
- Procurar expressar com palavras próprias o conteúdo e o sentimento do interlocutor, procurando de uma forma assertiva repetir ou reformular aquilo que o interlocutor está a dizer;

Øien, Steihaug, Iversen & Raheim (2011) refere que o processo de comunicação na gestão da relação é complexo e é marcado por uma negociação constante do tratamento e das emoções.

As **competências específicas** do Fisioterapeuta são:

- Saber aplicar os conhecimentos e noções básicas dos CAD;
- Possuir capacidade de escuta;

- 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;
- Saber interpretar e emitir sinais de comunicação verbal e não-verbal, na relação com o utente e em condições de grupo;
- Ter a capacidade de objetividade, flexibilidade e tolerância, minimizando os seus preconceitos;
- Aplicar os princípios do consentimento Informado;
- Promover ligações com a rede social de suporte, da qual podem fazer parte, pessoas, associações, clubes, paróquias, etc.;
- Possuir uma visão multidisciplinar /interdisciplinar, valorizando outras contribuições e mantendo o desejo de partilhar o conhecimento;
- Criar empatia com os utentes, suas famílias e com os membros da equipa;
- Procurar e aceitar feedback crítico para poder avaliar a informação dada ao utente, às suas famílias e aos membros da equipa;
- Tratar o utente com respeito;
- Procurar efetuar uma prática holística;
- Ter a capacidade de recolher dados pertinentes;
- Aplicar as suas capacidades de observação;
- Reconhecer a presença de perturbações associadas;
- 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;
- Manter os registos efetuados num formato claro, conciso e preciso;
- Assegurar uma prática ética e segura, respeitando os direitos do utente, consultando outros profissionais de saúde, sempre que necessário;
- Obedecer a critérios de responsabilidade legal, relativamente à aplicação de legislação pertinente, ao cumprimento de regulamentos, políticas e protocolos para a prática com utentes com CAD;
- Respeitar o direito que o cliente tem de reclamar, recusar o tratamento ou qualquer parte de qualquer cuidado;
- Reconhecer o direito do utente a ter acesso à informação, sem violação do segredo profissional;
- Promover o aperfeiçoamento ou treino profissional;
- Demonstrar consciência e responsabilidade;
- Reconhecer as próprias necessidades de aprendizagem e de formação continua;
- Reconhecer as limitações da prática;
- Ter capacidade de auto motivação;
- Possuir sentido de humor e otimismo realista.

O Processo Clínico da Fisioterapia com utentes no âmbito dos CAD

[Padrão 4]

Exame subjetivo, revisão de sistemas, exame físico e avaliação

[Padrão 4.1.]

De acordo com a WCPT (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, baseado na evidência. Este processo pode também identificar possíveis problemas que requeiram consulta ou referência para outro profissional de saúde.

Uma das boas práticas assumidas pela Unidade de Desabilitação Centro das Taipas é a inscrição da narrativa clínica de cada utente no Sistema de Informação, para que todos os membros da equipa tenham acesso à informação.

A Narrativa Clínica é uma estratégia de escrita dos factos e das ações relatados na entrevista com o utente, que permite facilitar e interpretar o "dito" e o "não-dito", ou seja, escutar a história do utente exige encontrar formas de olhar, ouvir, sentir e interpretar as diferentes formas do utente se expressar (pela palavra, pelo toque, pelo olhar e até pela não-expressão)

Dacos propôs, em 1984, uma avaliação psicomotora que se baseava na análise dos resultados de uma série de exercícios selecionados e pontuados por dois examinadores diferentes.

É ainda considerado um método de avaliação do Quociente Motor (Q.M) para o indivíduo adulto portador de doença mental.

Comparando os Quocientes Motores obtidos no início e no fim da intervenção é possível quantificar a melhoria psicomotora.

Os exercícios propostos são readaptados constantemente para evitar as situações de aprendizagem e os principais fatores avaliados são a idade, a sincronização e coordenação, o equilíbrio, a estruturação espaço-temporal, a velocidade de resposta, o índice cardíaco, a profissão, a experiência motora, atitude durante a avaliação.

Baseados na evidência prática do trabalho em Saúde Mental e mais especificamente com utentes com CAD, o instrumento mais adequado e que permite efetuar um raciocínio clínico baseado nas diferentes dimensões do indivíduo, é a Bateria de Avaliação Psicomotora de Vitor da Fonseca (1992).

A Bateria Psicomotora permite detetar e despistar dificuldades psicomotoras, assim como estudar aspetos qualitativos e quantitativos das respostas dando-lhes um significado psiconeurológico.

Segundo Fonseca (1992), *o fundamento da execução do movimento do ser humano não é o seu conhecimento anatómico mecanicista, mas sim, o conhecimento global do seu comportamento biopsicossocial*. E é à luz desta perspetiva que os utentes deverão ser encarados.

Propõe-se que a prática clínica com utentes com CAD tenha como base o Modelo de Organização Funcional do Cérebro segundo Alexander Luria (Luria, 1973). É um modelo de relação entre o cérebro e o comportamento humano, também designado como “Modelo Laboral de LURIA”.

A atividade sincronizada e harmoniosa do cérebro humano, permite-nos receber informação do mundo exterior, criar uma autoimagem subjetiva da realidade objetiva, prever e antecipar o futuro, avaliar os resultados das ações, regular e ajustar os seus comportamentos.

Existem 3 Unidades Funcionais, sem as quais é impossível realizar qualquer tipo de atividade mental, quer na aprendizagem e controlo motor, quer na produção da linguagem falada e escrita.

Funcionam como um sistema de comunicação e de interação dinâmica, em que a mudança ou a organização de uma unidade interfere com a mudança ou organização das 3 unidades:

1ª Unidade – Fundamental para a regulação do tónus cortical e a função de vigilância e compreende o tónus e o equilíbrio.

2ª Unidade – Fundamental para obter, captar, processar e armazenar informação vinda do mundo exterior, tendo como fatores psicomotores, a lateralidade, a noção de corpo e a estruturação espaço-temporal.

3ª Unidade – Fundamental para programar, regular e verificar a atividade mental e os seus fatores psicomotores são a praxia global e a praxia fina

Deste modelo surge um instrumento de identificação da integridade psicomotora e psiconeurológica que nos serve de meio de avaliação no âmbito dos CAD – A Bateria Psicomotora.

De acordo com o exposto, os **principais fatores a avaliar** são:

■ **A Tonicidade**

Garante as atitudes, as posturas, a mímica e as emoções.

Existem 2 formas: de repouso e de atividade.

Envolve todos os músculos responsáveis pelas funções fisiológicas e emocionais, assim como está presente em todas as relações e na comunicação que se estabelece com o mundo, quer verbal quer não-verbal.

O desenvolvimento das competências tónicas são o suporte e a base do equilíbrio psicomotor, permitindo desempenhar de uma forma adequada todas as atividades da vida.

O Fisioterapeuta deverá estar atento e ter a capacidade para detetar e avaliar a existência e a influência de alterações do tónus provocadas por lesões do sistema nervoso central e periférico.

■ **O Equilíbrio**

Em termos psicomotores, compreende a integração da postura num sistema funcional complexo, que combina a função tónica e a proprioceção nas inúmeras relações com o espaço envolvente.

O sistema vestibular tem uma relação estreita com o tónus e o equilíbrio, pois integra a todo o instante a deteção de tensões e de deslocamentos, de acelerações e desacelerações.

Todas as modalidades sensoriais, problemas músculo-esqueléticos, neurológicos e emocionais podem alterar o equilíbrio.

■ **A Lateralidade**

A noção dos dois lados do corpo é uma condição para o movimento e para as atividades que desenvolvemos do ponto de vista da qualidade e da especificidade das tarefas.

Sem esta especialização e noção, a lateralização não se diferencia e produz efeitos na psicomotricidade e na aprendizagem.

A desintegração bilateral do corpo está associada à alteração do controlo postural e a problemas de organização do movimento no espaço.

■ **A Noção de Corpo**

É considerado por Fonseca (1992), o alfabeto e o atlas do corpo, o mapa semântico com equivalentes visuais, táteis, cinestésicos e auditivos, assim como uma agregação de memórias de todas as partes do corpo e de todas as suas experiências.

Como mapa é indispensável para navegar no espaço e como alfabeto é indispensável para comunicar e aprender.

A consciência do corpo está diretamente relacionada com o ato motor, ou seja, para um adequado desempenho motor é fundamental perceber e consciencializar as partes do corpo envolvidas.

■ **A Estruturação Espaço-temporal**

Nasce da motricidade, da relação com os objetos localizados no espaço, da posição relativa que ocupa o corpo, das múltiplas relações integradas da tonicidade, do equilíbrio, da lateralidade e da noção do corpo.

Tudo leva à perceção do mundo em relação ao corpo e deste em relação ao mundo.

Uma correta integração e processamento do espaço e do ritmo conduz a uma mais adaptada estruturação do movimento e das tarefas.

■ **Estruturação espacial**

Permite a criação de relações com o envolvimento através de uma estrutura espacial operacional e dinâmica, face ao espaço e aos objetos, podendo descobrir semelhanças e diferenças neles e entre eles

Toda a informação relacionada com o espaço tem de ser interpretada através do corpo.

A capacidade para estruturar e organizar o espaço é essencial para qualquer aprendizagem.

■ Estruturação temporal

Fornece a localização dos acontecimentos no tempo e a aprendizagem das relações entre eles.

As estruturas rítmicas e a adaptação ao meio revelam grande importância no desenvolvimento do indivíduo. A primeira estrutura rítmica é aprendida in útero - os batimentos do coração da mãe

Nos primeiros meses de vida, a percepção táctil e auditiva desses batimentos e o embalar são fatores de desenvolvimento psicológico e psicomotor. 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 ambiente e na aprendizagem escolar.

■ Praxia Global

Depende da coordenação entre o conhecimento integrado do corpo, a integração cognitiva e emocional de experiências anteriores e a integração dos estímulos externos.

É a síntese psicomotora que relaciona intenções com ações, noções com operações e pensamentos com movimento. Exige a atenção voluntária, a planificação motora, o registo e a seleção de engramas, isto é, a intenção precede a ação.

■ Praxia Fina

Abrange as funções de programação, regulação e verificação das atividades preensivas e manipulativas finas e complexas. Com as mãos se preende e apreende os objetos e o mundo que rodeia o indivíduo.

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 o utente.

Estes instrumentos são sempre enquadrados nas 3 dimensões da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (OMS, 2004). Os mais frequentemente utilizados são:

- Escala de Auto Avaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano, Vaz Serra & Relvas, 1982);
- Inventário de Depressão de Beck (Gorenstein & Andrade, 1998);
- Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1986);
- Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004);
- Escala de Otimismo de Barros (Barros, 1998);
- Inventário de Saúde Mental (Pais Ribeiro, 2001);
- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais Ribeiro, 1999);
- Escala de Qualidade de Vida (Ferreira, 2000).

Identificação dos problemas

[Padrão 4.2.]

Os problemas são identificados tendo como base o modelo conceptual da CIF (OMS, 2004).

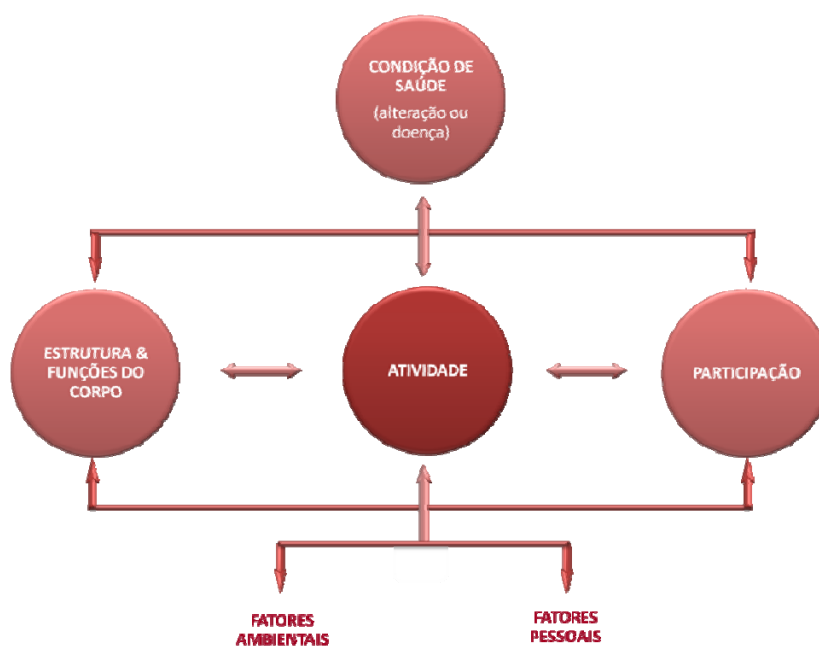


Figura 1. Modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade

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 os utentes 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 contra-indicação a determinados procedimentos/técnicas.

Diagnóstico em Fisioterapia e Prognóstico Funcional

[Padrão 4.3.]

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 (WCPT, 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 de influência ou contextuais

Objetivos de tratamento

[Padrão 4.4.]

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

Os objetivos devem ser temporais (curto, médio e longo prazo), operacionalizados, identificando o sujeito, a ação, o critério e o indicador de desempenho em função do tempo. Em função dos objetivos a atingir, devem selecionar-se estratégias de tratamento baseadas na melhor evidência disponível e aplicável ao sujeito em causa. Este processo de planeamento deve sempre que possível ser feito em conjunto com o utente e/ou os seus familiares.

Estratégias de Intervenção com utentes com CAD

[Padrão 4.5.]

Em utentes com CAD, as técnicas de intervenção utilizadas pela Fisioterapia, permitem evidenciar o aspeto relacional do corpo.

O movimento do indivíduo não pode ser visto somente de uma perspetiva anatómico-mecanicista, mas também através do seu comportamento biopsicossocial.

A intervenção centra-se nessa perspetiva e tem em vista a obtenção de máxima funcionalidade dos utentes.

Kaur, Masaun, & Bhatia (2013) referem que o conteúdo da intervenção é igual a qualquer das outras áreas de intervenção, a abordagem a cada utente é que tem de ser diferente. Os utentes devem ter diagnóstico médico e diagnóstico em Fisioterapia. O Fisioterapeuta tem que estar atento aos utentes que estão sob o efeito de medicação e deve prestar especial atenção aos efeitos secundários e às alterações de humor e comportamento.

Algumas estratégias que o Fisioterapeuta tem para oferecer no âmbito da terapia pelo movimento e do relaxamento, são tão eficazes como alguma medicação possuindo a vantagem de não provocar efeitos secundários.

Conrad & Roth (2007), numa revisão de vários estudos sobre a aplicação do relaxamento na gestão de perturbações de ansiedade, ligadas também aos CAD, concluem que se trata de uma abordagem clinicamente eficaz.

Probst (2012) afirma que a atividade física, a consciência do corpo e o relaxamento são ferramentas essenciais na prevenção e na intervenção de problemas de saúde mental, entre eles, os CAD. O Fisioterapeuta é um perito no movimento humano e este é o pilar para qualquer ação.

O *biofeedback* é um dos métodos também utilizado. Habib (2000) afirma que o utente aprende a controlar as suas respostas negativas (que se realizam normalmente fora do controlo voluntário) e a modifica-las por condicionamento.

A técnica de “dessensibilização sistemática” é outra abordagem possível e consiste em obter um relaxamento por *biofeedback* e em ensinar o doente a associar progressivamente o estado de relaxamento a situações de *stress*. Este método consegue extinguir as reações de ansiedade perante um estímulo de *stress*.

Kaur, Masaun & Bhatia (2013) fizeram um levantamento do papel da Fisioterapia em Saúde Mental, incluindo em utentes com CAD e reportaram um conjunto de estratégias que se prendem com o relaxamento, a respiração profunda, exercícios de flexibilidade, técnicas de 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 técnicas da fisioterapia neurológica e músculo-esquelética devem ser equacionadas quando existem problemas nestas dimensões.

Kremer (1995) refere que a atividade física deve fazer parte integrante de todos os programas de intervenção com utentes com CAD 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.

Numa revisão sistemática realizada por Donaghy, em 2007, concluiu-se que existem evidências substanciais dadas por estudos longitudinais, que a atividade física e o exercício oferecem proteção contra a depressão em adolescentes, adultos e idosos. Comprova ainda que o exercício oferece um suporte importante no tratamento da depressão ligeira e moderada. No contexto da reabilitação de utentes com problemas de álcool, de cocaína e heroína, o exercício tem o potencial de incentivar um estilo de vida saudável e pode fornecer redes de suporte social muito importantes. Melhora o bem-estar psicológico e fomenta estratégias de *coping* adequadas.

Como tal, o exercício e a atividade física são abordagens, que têm vindo a revelar alguma evidência científica, como tratamento adjuvante nos utentes com comportamentos aditivos. Neste âmbito, Zschucke, Heinz & Strohle (2012) realizaram uma revisão sistemática e 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.

No entanto existem outros estudos, sendo que alguns deles em animais, que comprovam que 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, Piehl, Acosta, Peterson & Hemby, 2010; Smith, Schmidt, Iordanou & Mustrup, 2008)

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, diminui os efeitos do *stress* se for moderado, assim como liberta neurotransmissores, altera o fluxo sanguíneo cerebral e pode ajudar a atrasar processos neurodegenerativos.

Numa revisão sistemática mais recente, Lynch, Peterson, Sanchez, Abelb & Smithc (2013) discutem a evidência clínica e pré-clínica para a eficácia do exercício em diferentes fases do processo de dependência. Concluem que o exercício geralmente produz uma resposta eficaz mas há que ter precauções pois certas condições podem ser ineficazes ou provocar efeitos prejudiciais, dependendo do nível, do tipo e do tempo de exposição ao exercício, do estadio de adição, da droga envolvida e das características do indivíduo ou da população. De acordo com os estudos incluídos e revistos, propõem que o exercício faça parte do tratamento de CAD, quer como terapia única quer associada a outras abordagens terapêuticas.

Carim-Todda, Mitchell & Oken (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, o ioga, a meditação) são benéficas na gestão do consumo de tabaco.

A abordagem da Fisioterapia em utentes com CAD, segundo Vieira & 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.

Da mesma forma que o interesse do Psicoterapeuta face à vida do seu doente pode levar este, por identificação, a interessar-se pelo seu psiquismo, o Fisioterapeuta ao interessar-se, ao cuidar e ao descobrir o corpo do utente, pode promover uma atitude participativa, como se de um coterapeuta se tratasse.

Ainda segundo as autoras, os objetivos com estes utentes 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 “EU”.

Tendo em conta a evidência disponível, assim como as linhas orientadoras criadas para a Fisioterapia em Saúde Mental em Portugal (Vieira & Madureira, 2001), apresentam-se de seguida a proposta das **estratégias de Intervenção** mais frequentemente utilizados pela Fisioterapia em utentes com CAD. Para cada uma das atividades deve-se equacionar a possibilidade de as desenvolver em grupo ou individualmente.

■ **Fisioterapia pelo toque e pelo movimento:**

- Terapia de consciencialização corporal
- Terapia de cognição incorporada (*Embodied Cognition*) pela estimulação tátil manual, pela estimulação multissensorial (estimulação verbal e tátil manual) e pelo movimento.
- Técnicas e Relaxamento:
 - Métodos analíticos
 - Métodos globais
 - Métodos reeducativos
- Massagem
- Terapias Manuais
- Bio feedback
- Técnicas de Facilitação/Inibição do movimento
- Exercício (aeróbico, treino de força, caminhadas ao ar livre)
- Educação/Reeducação postural
- Fisioterapia Psicomotora
- Psicomotricidade relacional
- Treino de equilíbrio e controlo postural
- Reeducação da marcha
- Hidroterapia
- Prática de natação ou de outras atividades similares tendo em conta a rede social de suporte do utente.
- Promover em conjunto com outros profissionais, atividades recreativas e desportivas, no ginásio e ao ar livre.

■ **Meios físicos e naturais:**

- Calor húmido
- Gelo

■ **Eletroterapia**

■ **Equitação adaptada:**

- Hipoterapia
- Equitação/Volteio Terapêutico

- A Fisioterapia respiratória deverá ser englobada em todas as abordagens.

- O Fisioterapeuta poderá recorrer, em complementaridade do plano de programa de intervenção traçado para o utente, às terapias alternativas, como a Aromoterapia e à Reflexologia.
- O Fisioterapeuta poderá recorrer, em complementaridade do plano de programa de intervenção traçado para o utente, às terapias expressivas, como a Musicoterapia e à Dançoterapia.
- A prática deve ser centrada no utente e na família, ou de quem dele toma conta.
- 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 utentes 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.

2.2. Registo Clínico da Fisioterapia no Sistema de Informação

A importância do registo no processo terapêutico é bastante significativa e inscreve-se no princípio das boas práticas profissionais e no estatuto da universalidade científica do método usado. O seu exercício, para lá de sistematizar cronologicamente o processo de intervenção individual do utente em tratamento, permite reconhecer o direito à sua condição singular e entender as suas e respetivas particularidades.

Da sua utilização, sobressai o entendimento pormenorizado do processo evolutivo do individuo, não só na perspectiva das terapêuticas utilizadas, como também nas consequentes dinâmicas de acompanhamento interdisciplinar e de diagnóstico psicossocial.

Nesse sentido, o registo de caso inscreve a evolução da problemática do sujeito, inventaria o procedimento terapêutico e monitoriza a eficácia propedêutica, funcionando como um instrumento de suporte de avaliação do percurso do utente e de apoio à tomada de decisão do Fisioterapeuta.

Registando em frequência, e em conteúdos devidamente balizados e reconhecidos por toda a equipa terapêutica, por via da aplicação de um instrumento universal, fica possibilitado, se necessário, o trânsito de informação técnica de modo a facilitar o processo de sistematização e de publicação de dados e de reflexões, fundamental à promoção e realização de iniciativas de investigação científica, que permita estudar não só a componentes de estudos individualizados, como também dos estudos comparados.

A publicação de indicadores estatísticos e a análise de dados, só possível através de um trabalho rigoroso de registo, o que possibilitará também uma maior perceção dos problemas existentes no âmbito do estudo e monitorização da evolução dos CAD entendidos na sua globalidade; e funcionará como matriz catalisadora no processo de afirmação da importância de um eficaz desenvolvimento das políticas no âmbito dos CAD.

Difusão e monitorização

O acesso amplo e fácil à informação, nomeadamente de normas e orientações técnicas, deve ser uma prioridade permanente das entidades reguladoras e ou normativas, assim como a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado. Nesse sentido, devem ser privilegiados suportes de fácil acesso à informação, bem como se deve considerar a sua conveniência para os profissionais.

Neste âmbito, o modelo de difusão das linhas orientadoras da intervenção em Fisioterapia no âmbito dos CAD deve assegurar, por um lado, a sua disponibilização, em *pdf* para *download*, nas páginas de internet do SICAD e das ARS,I.P. e, por outro lado, a sua divulgação direta junto dos profissionais das DICAD e das UIL, bem como das unidades privadas de saúde de tratamento no âmbito dos CAD.

Considerando a relevância deste documento para a sistematização da intervenção na área da Fisioterapia de pessoas com CAD, importa também a sua publicação em versão impressa, com indicação de ISBN próprio.

De referir ainda que, a qualidade e acessibilidade da informação difundida devem ser objeto de monitorização, com vista à melhoria contínua da intervenção.

Referências bibliográficas

- Argyle, M. (1972) *The Psychology of Interpersonal Behavior*. London: Penguin Books.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas [APF] (1960). *Estatutos*. Lisboa: APF. Disponível em: <http://www.apfisio.pt/Ficheiros/estatutos.pdf>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas [APF] (2005). *Fisioterapia: Padrões de Prática*. Lisboa: APF. Disponível em: http://www.apfisio.pt/Ficheiros/Pad_Pratica.pdf
- Association of Chartered Physiotherapists in Mental Health (1989). *Standards for good Practice in Physiotherapy. Services for people with a Mental Handicap*. ACPH Publication.
- Association of Chartered Physiotherapists in Psychiatry (1991). *Physiotherapy in Psychiatry: Guidelines for good practice*. Portugal Print, Westminster Association for Mental Health.
- Barros, J. (1998). Optimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação, Cultura*, 2 (2), 295-308.
- 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.
- Conrad, A. & Roth, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?. *Journal of Anxiety Disorders* 21 (2007), 243-264.
- Crews, B (1990). A Physiotherapist's Contribution to the Formation of an acute Mental Health Team. *Physiotherapy*, 76 (5), 296-298.
- Dacos, J.P. (1984). *Tecnicas Pchiatricas en Kinésithérapie*. Bruxelles: Maloine.
- Deslandes, A., Moraes, H. & Ferreira, C. (2009). Exercise and Mental Health: Many Reasons to Move. *Neuropsychobiology*, 59, 191-198.
- Donaghy, M. (2007). Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction?. *Advances in Physiotherapy*, 9, 76-88.
- Duncan, S. (1961). Nonverbal Communication. *Psychological Bulletin*, 72 (2), 118-137.
- Everett, T., Dennis, M. & Ricketts, E. (1995). *Physiotherapy in Mental Health: A Practical Approach*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II – Testes de validação. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 13, 119- 127.
- Fonseca, V. (1992). *Manual de Observação Psicomotora*. (3ª edição). Editora Âncora.
- Forster, A. & Palastang, N. (1981). *Clayton's Electrotherapy: Theory and Practice*. (Eighth Edition). London: Bailliere Tindall.
- Frank, L. K. (1957). Tactile Communication. *Genetic Psychology Monographs*, 56, 216-245.
- Fritzen, S. J. (1978). *Prontidão para Ouvir*. Petrólis: Janela de Jobarl, Editora Vozes, Lda.
- 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.
- Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hargreaves, S. (1987). The Relevance of Non-Verbal Skills in Physiotherapy. *Physiotherapy*, 73, 685-688.
- Kaur, J., Masaun, M. & Bhatia, M. (2013). Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2).
- Kremer, D., Malkin, M. J. & Benschoff, J.J. (1995). Physical Activity Programs Offered in Substance Abuse Treatment Facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (5), 327-333.
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (1984). *El Cuerpo y el Inconsciente en Education y Terapia*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Le May, A. (1986). The Human Connection. *Nursing Times*, 82 (47), 28-30.
- Luria, A.R. (1973). *The Working Brain – An Introduction to Neuropsychology*. London: Penguin.
- Lynch, W.J., Piehl, K.B., Acosta, G., Peterson, A.B. & Hemby, S.E. (2010). Aerobic Exercise Attenuates Reinstatement of Cocaine-Seeking Behavior and Associated Neuroadaptations in the Prefrontal Cortex. *Biol Psychiatry*, 68, 774–777.
- Lyncha, W., Petersona, A., Sanchez V., Abelb, J. & Smithc, M. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1622–1644.
- Mary, H. (1986). *Physiotherapy in Psychiatry*. London: William Heinemann Medical Books.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

- National Mental Health Workforce Development Co-ordinating Committee (1999). *A Competency Framework for the Mental Health Workforce*. Wellington: National Mental Health Workforce Development Co-ordinating Committee. Disponível em: <http://homepages.ihug.co.nz/~chattan/clincompl.htm>
- O'Gorman, G. (1975). Anti-motivation. *Physiotherapy*, 61,176-179.
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 53-61.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] e Direção Geral da Saúde [DGS] (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa : OMS e DGS. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- 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 stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Parente, J. (1999). Saúde Mental, In *Jornadas para Voluntários do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Francisco Xavier*. Lisboa.
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto avaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 4 (3),191-202.
- Pratt, J.W. & Mason, A. (1981). *The Caring Touch*. London: Heyden Press.
- Probst, M. (2012). The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health. *Mental Health and Physical Activity*, 520, 21.
- Ricou, M. (1998). Ética em Saúde Mental. *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto Editora.
- Santos, A. (1985). Acerca da musicoterapia e música no ensino especial. *APEM – Revista da Associação Portuguesa de Educação Musical*, 45.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/PNRCAD_SEAMS_FINAL_2_16DEZEMBRO2013.pdf
- Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. (1995). *Motor Control - Theory and Practical Applications*. USA: Williams & Wilkins,

- Silva, D. & Campos, R. (1999). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33 (2), 71-89.
- Smith, M.A., Schmidt, K.T., Iordanou, J.C. & Mustroph, M.L. (2008). Aerobic exercise decreases the positive-reinforcing effects of cocaine. *Drug and Alcohol Dependence*, 98, 129–135.
- Souchard, P.E. (1991). Rééducation Posturale Globale. *Société d'édition "Le Poussoir"*, Tomme I.
- Vaz-Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Velasco, C. (1994). *Habilitações e Reabilitações Psicomotoras na água*. São Paulo: Editora Harbra.
- Vieira, A.I. & Madureira, L. (2001). *Fisioterapia em Saúde Mental: Um Contributo para a Proposta de um Guia de Boas Práticas* (Monografia). Cascais: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Vilar, G. (coord.) (2013). *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa : SICAD. Disponível em:
http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/Rede_de_Referenciacao_17_03_2014.pdf
- World Confederation for Physical Therapy (2007). Description of Physical Therapy. General Meeting of WCPT, June 2007.
- World Confederation for Physical Therapy [WCPT] (2011). Ethical Principles. *17th General Meeting of WCPT*. Disponível em: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Ethical_Principles-Aug07.pdf
- Zschucke, E., Heinz, A. & Strohle, A. (2012). Exercise and Physical Activity in the Therapy of Substance Use Disorders. *The Scientific World Journal*, 2012, Article ID 901741.

