



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
**Escola Superior de
Saúde**

Ativa[MENTE]

Programa de promoção da Saúde para Utentes em Reabilitação devido a Dependência de Heroína

MÓDULO 15 | QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS SERVIÇOS

UNIDADE CURRICULAR | TRABALHO PROJECTO I

RESPONSÁVEL DA UNIDADE CURRICULAR | PROF. GABRIELA COLAÇO

VALTER ANDRÉ ROSA RODRIGUES, Nº 1910

E-MAIL: VALTER.RRODRIGUES14@GMAIL.COM

2012-2013

Índice

1. Relevância do Projeto	4
1.1. Uso de substâncias psicoativas no Mundo e em Portugal	4
1.2. Classificação das substâncias psicoativas	5
1.3. Problemas associados ao uso de substâncias psicoativas	5
2. Significância do Projeto	7
3. Metodologia	9
3.1. População Alvo	9
3.2. Critérios de Inclusão	10
3.3. Critérios de Exclusão	10
3.4. Duração da Implementação do Projeto	10
3.5. Finalidade do Projeto/Objetivo Geral	10
3.5.1. Objetivo Específico 1	11
3.5.2. Objetivo Específico 2	11
3.5.3. Objetivo Específico 3	12
3.5.4. Objetivo Específico 4	13
3.5.5. Objetivo Específico 5	14
3.5.6. Objetivo Específico 6	15
3.5.7. Objetivo Específico 7	16
3.5.8. Objetivo Específico 8	16
3.5.9. Objetivo Específico 9	17
3.5.10. Objetivo Específico 10	18
3.5.11. Objetivo Específico 11	19
3.6. Contingências	19
4. Referências Bibliográficas	20
5. Anexos	22
5.1. Anexo I - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)	22
5.2. Anexo II – Mini Mental State Examination (MMSE)	24
5.3. Anexo III - Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	26
5.4. Anexo IV - Inventário Clínico de Auto-Conceito	27
5.5. Anexo V – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh	28
5.6. Anexo VI - Questionário WHOQOL-Bref	30
5.7. Anexo 7 – Escala de Borg	32
6. Apêndices	33
6.1. Apêndice I – Cronograma / Calendário do Programa	33
6.2. Apêndice II – Cronograma das Sessões Educativas do Programa Ativa[MENTE]	34
6.3. Apêndice III – Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade física e Estratégias para a sua Prática	36
6.4. Apêndice IV – Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas	37

6.5. Apêndice V – Folha de Presenças das Sessões Educativas	38
6.6. Apêndice VI - Folha de Registo Semanal das Estratégias Implementadas junto do respetivo Participante	39
6.7. Apêndice VII - Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade Física e Estratégias a Adotar para a Promover junto dos Participantes	40
6.8. Apêndice VIII - Questionário de Avaliação do grau de importância que os Profissionais de Saúde atribuem à Prática Regular de Atividade Física nesta População Específica	41
6.9. Apêndice IX - Questionário de Satisfação das Sessões Semanais de Atividade Física	42
6.10. Apêndice X - Folha de Presenças das Sessões de Atividade Física	43
6.11. Apêndice XI – Prova de Marcha dos 6 minutos	44
6.12. Apêndice XII - Folha de Registo Pessoal e Semanal da Prática de Atividade Física (até 12 semanas)	45
6.13. Apêndice XIII – Folha de Presenças das Reuniões	46

1. Relevância do Projeto

1.1. Uso de substâncias psicoativas no Mundo e em Portugal

As desordens mentais, neurológicas e relativas ao abuso de substâncias representam 13% do peso global das doenças e tratam-se das principais causas de incapacidade (World Health Organization (WHO), 2012). No panorama global, de acordo com a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012), as estimativas relativas ao ano de 2010 apontam para que cerca de 153 a 300 milhões de pessoas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, tenham usado uma substância ilícita pelo menos uma vez nesse ano, sendo relevante referir que, de entre estas, existem 27 milhões de indivíduos que as usam de tal forma que se encontram expostos a vários problemas de saúde com grande severidade. Embora as substâncias com maior número de utilizadores se tratem da cannabis, em 119 a 224 milhões, e em segundo lugar as estimulantes, nomeadamente as anfetaminas e as metanfetaminas, com 14.3 a 52.5 milhões, são as substâncias opióides, em larga escala a heroína, com 26.4 a 36 milhões as que mais predominantemente motivam a procura de tratamento, em 20% dos utilizadores de drogas (UNODC, 2012). Estes padrões de consumo de substâncias levam a que 10 a 13% dos utilizadores continuem a sofrer problemas com dependência das mesmas e patologias associadas, com a agravante da prevalência de doenças como o HIV, estimado em 20%, a hepatite C com 46.7% e a hepatite B com 14.6% entre utilizadores de drogas injetáveis (UNODC, 2012). Todos estes dados ganham maior dimensão ao aferir-se o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas no próprio ano de 2010, a nível mundial, que se situou entre as 99 000 e as 253 000 (UNODC, 2012).

Para compreender a situação em Portugal no que respeita à temática das drogas e da toxicodependência, este país continua a situar-se entre os países da Europa com menor prevalência de consumo de drogas, excetuando o consumo de heroína (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, n.d.). As estimativas apontam para que em 2005 existissem 6.2 a 7.4 indivíduos com problemas de consumo de drogas por cada 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos de idade (Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), 2012). Relativamente às tendências de consumos, foram realizados diversos estudos epidemiológicos a nível nacional em 2007 e 2012 na população geral, não estando ainda disponíveis os resultados de 2012. Contudo, os dados referentes a 2007 apontam que a cannabis, cocaína e *ecstasy* são as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas, com prevalências de consumo ao longo da vida de 11.7%, 1.9% e 1.3% respetivamente (IDT, 2012). Ainda assim, segundo os dados relativos a utentes que em 2011 recorreram às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, a heroína prepondera-se como a principal substância a ser referida, com percentagens situadas entre 30% e 76%, consoante o tipo de estrutura, à qual se seguem o álcool (10% a 38%) e a cocaína (6% a 22%) (IDT, 2012).

1.2. Classificação das substâncias psicoativas

A partir do momento em que um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, nos quais o uso de uma substância ou uma classe de substâncias se torna uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo, comparativamente a outros comportamentos que anteriormente eram mais valorizados, um indivíduo encontra-se com a síndrome da dependência de substâncias (WHO, 2010).

Estes padrões comportamentais que conduzem à dependência, surgem, portanto, em função de fatores biológicos, nomeadamente pela sensação prazerosa que as substâncias psicoativas despoletam nos centros nervosos que os utilizadores percebem como uma experiência altamente satisfatória e compensatória; e por outro lado, em função de fatores ambientais devido à facilidade com que as drogas podem ser adquiridas ou devido a pressões pelos pares para o seu uso, que se revelam como fatores principais e responsáveis pela iniciação e continuação do consumo (Centre All India Institute of Medical Sciences New Delhi (CIIMSND), 2009).

As substâncias psicoativas podem ser classificadas relativamente aos seus efeitos ao nível do sistema nervoso central, que segundo o IDT (n.d.), se agrupam em estimulantes, perturbadoras ou sedativas. Esta classificação ganha significado dado que substâncias diferentes têm diferentes formas de atuação ao nível do sistema nervoso, e produzem efeitos distintos, ao fixarem-se a diferentes recetores no cérebro, promovendo o aumento ou a diminuição da atividade dos neurónios através de vários mecanismos (WHO, 2004). Os seus efeitos estendem-se ao nível comportamental, no desenvolvimento de tolerância, sintomas de afastamento e caracterizam-se por diferenças nos efeitos a curto e longo-prazo (WHO, 2004). Ainda assim, as substâncias apresentam efeitos semelhantes no modo como afetam as regiões do cérebro envolvidas na motivação (WHO, 2004).

No grupo das substâncias psicoativas estimulantes encontram-se substâncias tais como as anfetaminas, a cocaína ou o *ecstasy* (Gordon, 2008; Abreu, Salzano, Vasques, Filho & Codás, 2006). No grupo das perturbadoras encontram-se substâncias como a cannabis, o ácido lisérgico dietilamida comumente conhecido como LSD ou cogumelos mágicos, que podem ter efeitos semelhantes ao LSD. Por último, dentro das substâncias sedativas encontram-se o álcool ou os opióides, como a heroína, a metadona ou a buprenorfina. O álcool, a metadona e a buprenorfina, dentro das substâncias já mencionadas, são as únicas legais à luz da Lei n.º 30/2000, sendo que a metadona, a par da buprenorfina, é usualmente utilizada como tratamento de substituição para a dependência de opióides e revela-se eficaz, segura e com uma boa relação de custo-efetividade (Kumar, 2012; WHO, 2012).

1.3. Problemas associados ao uso de substâncias psicoativas

No que concerne às substâncias psicoativas com efeitos sedativos, o álcool tem como problemas associados aos seus efeitos a redução da coordenação motora, bem como das capacidades visuais, distúrbios do sistema nervoso central, desde psicoses até à demência (Gordon, 2008). Por outro lado, o uso repetido de opióides induz uma série de neuro-adaptações

em vários circuitos neuronais do cérebro que estão envolvidas na motivação, memória, controlo comportamental e desinibição (Volkow & Li, 2004 citados por WHO, 2009). As alterações a longo-prazo nos circuitos neuronais, similares às observadas na aprendizagem e memória, podem ocorrer como resultado de uma utilização repetida de opióides. Este efeito despoleta um risco elevado de recaída no uso de substâncias opiáceas, mesmo após longos períodos de abstinência (Kieffer & Evans, 2002 citados por WHO, 2009). Estas substâncias, que são frequentemente injetadas, podem conduzir a uma depressão respiratória ao ser diminuída a atividade do centro neuronal que regula o ritmo e a intensidade do sistema respiratório, confusão mental, complicações pulmonares, e a longo-prazo o seu uso pode resultar em supressão das gónadas, diminuição da densidade óssea e aumento do risco de fratura por osteoporose (Gordon, 2008). Como consequências, o uso de heroína acarreta um elevado risco de morte prematura por *overdose*, suicídio, violência, e causas relacionadas com o álcool (Darke e Ross 2002; Goldstein e Herrera 1995; Vlahov et al., 2004 citados por WHO, 2006).

Como agravante aos efeitos derivados ao consumo individual deste tipo de substâncias, acrescem-se os danos derivados ao uso de mais do que uma substância, onde a coadministração de opiáceos e de cocaína resulta numa amplificação dos efeitos a nível cardiovascular do consumo desta última. Um perigo associado ao uso simultâneo destas duas substâncias prende-se com o facto da cocaína inicialmente disfarçar os efeitos sedativos dos opiáceos, dado que aumenta o risco de uma *overdose* mais tarde. Por outro lado, sabe-se que o uso simultâneo de opiáceos, benzodiazepinas e álcool conduzem, igualmente, a uma depressão respiratória, resultando num elevado risco de *overdoses* que podem ser mortais (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009).

A dependência de opiáceos encontra-se associada a muitos problemas de saúde e complicações sociais que tornam difícil a recuperação dos seus utilizadores, e leva a que os estes indivíduos estejam desempregados, sem casa, e envolvidos em crimes relacionados com drogas. Como fator agravante, estimam-se como elevadíssimos os custos económicos para a sociedade que são associados ao problema da toxicoddependência, em termos de cuidados médicos, perda de produtividade, criminalidade e bem-estar social (Weinstock, Wadson & VanHeest, 2012).

Em termos psicológicos, é importante atentar à depressão, um dos problemas com maior prevalência entre os indivíduos toxicoddependentes e que se constitui à partida como um fator que pode condicionar de forma negativa os resultados nas abordagens de tratamento para estes indivíduos (Hodgins, El-Guebaly, Armstrong & Dufou, 1999 citados por Zschuck et al., 2012). Quanto à regulação do humor, está comprovado que os pensamentos negativos, o *stress*, a ansiedade e as depressões estão associados a um elevado risco de recaída (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986 citados por Zschuck et al., 2012; Wolff et al., 2011). Em contrapartida, a família dos utentes é também afetada no domínio psicossocial pois suporta, a par destes, o fardo mais pesado dos hábitos de consumo ao sofrer com o estigma e discriminação social (CIIMSND, 2009).

É importante destacar os índices de atividade física em indivíduos com doença mental, visto que estes são significativamente menores aos registados na população em geral (O'Sullivan,

Gilbert & Ward, 2006 citados por Mental Illness Fellowship of Australia (MIFA), 2011). Tanto o impacto dos sintomas inerentes à condição, bem como os efeitos colaterais da medicação para o seu tratamento podem estar na origem do baixo nível de atividade física nestes indivíduos (Coglan et al., 2001 citados por MIFA, 2011). Da inatividade física advêm o aumento do risco de doença cardiovascular e obesidade (Blair, Cheng & Holder, 2001 citado por MIFA, 2011).

Nos utentes em tratamento através do opiáceo agonista, geralmente existe um evitamento em adotar estratégias para a prática de atividade física, o que os pode levar a um uso de substâncias mais frequente e, conseqüentemente, a um maior número de problemas relacionados com o consumo, quando comparados com os utentes igualmente na mesma abordagem terapêutica que procuram estratégias de *coping* para serem fisicamente ativos (Avants, Warburton & Margolin, 2000; Belding, Iguchi & Lamb, 1996 citados por Weinstock et al., 2012). Contudo, estes indivíduos enfrentam inúmeras barreiras pessoais, sociais e estruturais, que condicionam o seu nível de atividade física, como o facto de serem mais ansiosos, não conhecerem outras pessoas, terem uma imagem corporal pobre e não se encaixarem nos perfis de determinados ginásios. Os motivos anteriormente referidos potenciam a sua recetividade no que diz respeito à prática de atividade física que possa ser oferecida pelos serviços de prestação de cuidados (Neale, 2012; Allender, Cowburn & Foster, 2006 citados por Hutchinson, 2011).

A dependência das substâncias é, por si só, uma doença mental, visto que despoleta alterações no sistema nervoso e, simultaneamente, as próprias doenças mentais podem conduzir ao abuso de substâncias, tal como acontece em indivíduos com transtornos mentais que podem abusar como forma de medicação própria (Gordon, 2008; National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2010; MIFA, 2011). Neste sentido, a comorbilidade de doenças mentais e desordens associadas ao uso de substâncias é comum (Gordon, 2008; NIDA, 2010).

2. Significância do Projeto

Embora as estratégias de intervenção psicofarmacológica e psicoterapêutica se estejam a mostrar cada vez mais eficazes, as taxas de recaída são comumente elevadas, o que remete para a necessidade de terapias auxiliares para a manutenção da abstinência e que visem condições físicas associadas a desordens por uso de substâncias (Zshucke, 2012). A literatura afirma que programas de promoção para a saúde de estilos de vidas de longa duração, com três meses ou mais tempo, e que possam ser acompanhados de um follow-up nos seis meses seguintes, que subsistem igualmente de uma componente educativa combinada com uma abordagem baseada em atividades, e que incorporem cuidados nutricionais e exercício físico, são as estratégias mais efetivas para a melhoria da aptidão física e dos sintomas psicológicos, assim como da saúde em geral (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000; Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009).

Neste sentido, a abordagem terapêutica através do exercício físico pode revelar-se um auxiliar útil para o tratamento de problemas relacionados com o uso de substâncias e para a prevenção de recaídas subsequentes, pode ser integrado com facilidade na maioria das intervenções, tem o melhor custo-efetividade e oferece muitos outros benefícios de saúde para

utilizadores de substâncias (Penedo & Dahn, 2005 citados por Abrantes et al., 2011; Barbera et al., 2012).

À prática de atividade física estão associados diversos benefícios nos diferentes domínios, através também de diferentes mecanismos explicativos. Primeiramente conduz à diminuição do desejo agudo, principal fator de recaída no que diz respeito ao abuso de substâncias (Seifert, Brassard & Wissenberg et al., 2010 citados por Zschuck et al., 2012). Além disso, a prática de atividade física permite a indução de sensações de prazer alterando a neurotransmissão, mecanismo designado como recompensa endógena, funcionando na qualidade de um estímulo interno de recompensa (Brené, Bjørnebekk, Aberg, Mathé, Olson & Werme, 2007 citados por Zschuck et al., 2012).

No que diz respeito ao *outcome* do *stress*, a literatura refere que o exercício consegue atuar preventivamente contra o *stress* acumulado na vida diária (Steptoe, Kimbell & Basford, 1998 citados por Zschuck et al., 2012), e menciona ainda que o *stress* perante um fator psicossocial encontra-se diminuído em indivíduos que praticam de forma regular atividade física, comparativamente aos que não praticam, no que concerne a indivíduos saudáveis (Rimmele, Zellweger & Marti et al., 2007 citados por Zschuck et al., 2012).

A prática de atividade física revela efeitos benéficos bem estabelecidos na redução dos sintomas de ansiedade, ao manter a homeostase corporal e libertar endorfinas, o que melhora o humor e a resposta ao *stress* e diminui o risco de recaída para uma nova depressão (Weinstock et al., 2012; Kruisdijk, Hendriksen, Tak, Beekman & Hopman-Rock, 2012; MIFA, 2011), em que tanto modalidades aeróbias como anaeróbias são à partida elegíveis desde que praticadas por um período aproximado de nove semanas (Scully, 1998 citado por Zschuck et al., 2012). Revela também efeitos benéficos ao nível da qualidade do sono e mostra efeitos positivos em diversas variáveis fisiológicas associadas à saúde, como a frequência cardíaca e a pressão sanguínea, ajudando ainda a diminuir a doença cardíaca, promovendo melhorias ao nível muscular e no controlo de peso (MIFA, 2011).

No âmbito de uma revisão da evidência científica mais atual acerca de exercício físico, como abordagem auxiliar de tratamento para a dependência de opiáceos como a heroína através de outros agonistas opiáceos como buprenorfina ou metadona, levada a cabo por Weinstock et al. (2012), estes recomendam a estruturação de um programa de atividade física a partir das guidelines propostas pela *American College of Sports Medicine (ACSM)* e a *American Heart Association* para adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Deste modo, é recomendado o treino aeróbio com frequência de pelo menos 5 vezes por semana, com uma duração de aproximadamente 30 minutos em cada sessão numa intensidade moderada, sendo esta a mais benéfica para todos os indivíduos e com relação custo-benefício favorável (Thompson et al., 2007 citados por Weinstock et al., 2012) ou de intensidade vigorosa 3 vezes por semana com duração de 20 minutos por sessão; Programa de fortalecimento/resistência muscular com frequência de 2 a 3 vezes por semana, 1 a 3 séries de 8 a 15 repetições dos principais grupos musculares; e um programa de flexibilidade ou alongamento dos principais grupos musculares com frequência de 2 a 3 vezes por semana (Haskell et al., 2007; Department of Health and Human

Services (DHHS), 2008 citados por Weinstock et al. (2012). Além disso, são sugeridos efeitos benéficos substanciais em adultos que cumpram pelo menos 150 minutos de exercício físico aeróbico de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade aeróbia vigorosa semanais (DHHS, 2008 citado por Weinstock et al., 2012). Deste modo, programas de atividade física, desporto e exercício desempenham um papel importante na resposta ao uso de heroína (Neale et al., 2012).

Tendo em conta que estes indivíduos têm subjacente uma diminuição da auto-eficácia, induzida pela perda sistemática de controlo face aos seus comportamentos de consumo (Zschuck et al, 2012), existem algumas recomendações por parte da literatura, realçando o potencial do treino supervisionado e personalizado para promover o aumento da auto-eficácia (Lexington, 1995 citado por Zschuck et al., 2012).

No entanto, aumentos nos níveis de atividade física apenas a curto-prazo não são suscetíveis de ter um impacto substancial sobre o uso de substâncias, sendo portanto essencial promover hábitos regulares de atividade física e mudanças do estilo de vida que sejam mais propícios à manutenção da abstinência. Para a manutenção da prática de exercício na mudança comportamental ao longo do tempo em indivíduos em reabilitação devido a desordens pelo uso de substâncias, torna-se necessário incentivá-los a encontrar formas de tornar a atividade física mais agradável e desenvolver as redes sociais que suportam a prática de atividade física, com ênfase em estratégias que possam ter continuidade sem que seja necessário um grande envolvimento por parte dos profissionais (Barbera et al., 2012).

A prática de caminhadas, como forma de transporte ativo ou como atividade de lazer é uma simples forma de encorajar a atividade física, em que estratégias como chamadas telefónicas regulares, prescrição de caminhadas por parte dos profissionais de saúde, utilização de pedómetros, como forma de interação social, mostram-se efetivas para a promoção deste tipo de atividade física (C3 Collaboration for Health, 2011). A prática de atividade física deve, igualmente, ser pensada em grupo, pois são inúmeros os benefícios para os utilizadores de substâncias, nomeadamente na melhoria de capacidades comunicacionais, capacidade para gerir conflitos e aumento da tolerância à frustração (Read & Brown, 2003; Humphreys, Moos & Finney, 1995 citados por Zschuck et al., 2012). A família deve ser incluída neste processo de promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em conta o seu reconhecido papel em promover o bem-estar e prestar cuidados (*Mental Health Commission of Canada*, 2009 citado por Hutchinson, 2011).

3. Metodologia

3.1. População Alvo

Indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, no seio de uma instituição a definir, em reabilitação devido a dependência da heroína, que apresentem baixos níveis de atividade física de acordo com o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Anexo I).

3.2. Critérios de Inclusão

- Indivíduos com diagnóstico de dependência de heroína, de acordo com o ICD-10;
- Indivíduos que frequentem programas de reabilitação;
- Indivíduos capacitados para a realização de atividade física;
- Indivíduos com estilos de vida sedentários que apresentem um baixo nível de atividade física segundo o IPAQ (ver anexo I).
- Indivíduos que não tenham participado num programa de atividade/exercício físico nos últimos 6 meses.

3.3. Critérios de Exclusão

- Indivíduos com patologias osteoarticulares que impeçam a prática de exercício físico;
- Indivíduos com patologia cardiovascular aguda;
- Indivíduos com patologias respiratórias que impeçam a prática de atividade física;
- Indivíduos com alterações cognitivas severas de acordo com o *Mini Mental State Examination* (caso exista um psicólogo esta triagem será realizada por este) (Anexo II);
- Gravidez ou intenção de engravidar nas próximas 12 semanas.

3.4. Duração da Implementação do Projeto

A Implementação do Projeto terá uma duração total de 12 semanas, com uma frequência de 3 vezes por semana.

3.5. Finalidade do Projeto/Objetivo Geral

O projeto tem como finalidade promover a prática de atividade física regular junto de utentes em reabilitação devido a dependência da heroína, promovendo o aumento da qualidade de vida, participação social e funcionalidade, por meio de um programa de atividade física realizado em grupo. Visa, igualmente, aumentar o conhecimento dos utentes e cuidadores/família relativamente aos benefícios da prática de atividade física e também sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da prática da mesma nesta população específica.

3.5.1. Objetivo Específico 1

Pretende-se que, no final da 4ª semana, todos os participantes identifiquem pelo menos cinco benefícios da atividade física face às especificidades da sua condição.

Estratégias: Educativa.

Atividades: Uma Sessão educativa sobre os benefícios da atividade física: (1) Como forma de introdução ao tema e no sentido de promover a participação dos utentes, será solicitada a perspetiva de cada um dos utentes sobre o que significa ser fisicamente ativo para si; (2) Posteriormente, será feito o recurso a uma apresentação em *powerpoint* aos utentes de modo a tornar claros quais são os benefícios da atividade física face à condição de cada um (Apêndice II).

Indicadores de Sucesso: 90% dos participantes, no final da 4ª semana, identificam pelo menos 5 benefícios da atividade física tendo em conta a sua condição – Meio de Verificação: Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade física e Estratégias para a sua Prática (Apêndice III).

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com cada sessão educativa – Meio de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas (Apêndice IV); 80% dos participantes comparecem a todas as sessões educativas – Meio de Verificação: Folha de Presenças das Sessões Educativas (Apêndice V).

Recursos Humanos: 2 Fisioterapeutas; Todos os participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo, X canetas, 1 sala, 1 computador, 1 data-show, X mesas, X cadeiras.

3.5.2. Objetivo Específico 2

Pretende-se que, no final da 4ª semana, todos os participantes identifiquem pelo menos 3 estratégias para promover a prática de atividade física nas suas vidas diárias.

Estratégias: Educativa.

Atividades: Uma Sessão Educativa: (1) Na 1ª parte da sessão, será dada a abertura para que o grupo, através da partilha de experiências prévias e das suas perceções, encontre estratégias que considerem ser propulsoras da prática de atividade física nas suas vidas diárias, com a colaboração do fisioterapeuta; (2) Na 2ª parte da sessão, o grupo elaborará um *poster* tendo por base os benefícios relativos à atividade física e as estratégias para promover a prática da mesma que para si tiveram mais significado.

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes que, no final da 4ª semana, identificam pelo menos 3 estratégias para promover a prática de atividade física nas suas vidas diárias. - Meio de

Verificação: Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade física e Estratégias para a sua Prática (Apêndice III).

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com cada sessão educativa – Meio de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas (Apêndice IV); 80% dos participantes comparecem a todas as sessões educativas – Meio de Verificação: Folha de Presenças das Sessões Educativas (Apêndice V).

Recursos Humanos: 2 Fisioterapeutas; Todos os Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo; 1 sala, 1 computador, 1 data-show, X mesas, X cadeiras. cartolinas, imagens de revistas/jornais, tesouras para recortes, cola, marcadores.

3.5.3. Objetivo Específico 3

Pretende-se que, no final da 2ª semana, todos os cuidadores e/ou familiares dos participantes implementem pelo menos 3 estratégias para a prática regular de atividade física nesta população específica.

Estratégias: Educativa.

Atividades: Duas sessões educativas: 1ª sessão: (1) Na 1ª parte da sessão, será pretendido que os cuidadores/familiares partilhem as suas perspetivas e experiências relativamente à atividade física e como esta pode estar inserida nas atividades da vida diária; (2) Na 2ª parte da sessão, haverá divisão dos cuidadores/familiares em pequenos grupos para efetuarem um trabalho de pesquisa com recurso a informações disponibilizadas num conjunto de folhas no espaço onde se realiza a sessão, de modo a selecionarem aqueles que para si são os principais benefícios associados à prática de atividade física na população em geral. No final da sessão, cada grupo partilhará com os restantes aqueles que assinalaram e registaram como os principais efeitos benéficos da atividade física.

2ª Sessão: (1) Na 1ª parte, será feito o recurso a uma apresentação em *powerpoint* aos cuidadores/familiares de modo a tornar claros quais são os benefícios da atividade física nesta população específica, quais as barreiras à prática da mesma e estratégias para as ultrapassarem; (2) Numa 2ª parte, cada um dos cuidadores/familiares refletirá sobre estratégias que poderão ser adotadas para a prática de atividade física junto do respetivo participante, e partilhar com o grupo; (3) Numa última parte, serão avaliados os seus conhecimentos relativamente aos benefícios da atividade física e estratégias para a sua promoção junto dos participantes.

Indicadores de Sucesso: 80% dos cuidadores/familiares implementam pelo menos 3 estratégias a adotar para a prática regular de atividade física nesta população específica. – Meio de Verificação: Folha de Registo Semanal das Estratégias Implementadas junto do respetivo Participante (Apêndice VI).

Indicadores de Processo: 80% dos cuidadores/familiares identificam pelo menos 5 benefícios da prática regular de atividade física nesta população específica; 80% dos cuidadores/familiares identificam pelo menos 5 estratégias para promover a prática regular de atividade física nesta população específica; 80% dos cuidadores/familiares demonstram satisfação com as sessões educativas; 80% dos cuidadores/familiares comparecem a todas as sessões educativas – Meios de Verificação: Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade Física e Estratégias a Adotar para a Promover junto dos Participantes (Apêndice VII). Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas (Apêndice IV); Folha de Presenças das Sessões Educativas (Apêndice V).

Recursos Humanos: 2 Fisioterapeutas, Cuidadores e/ou Familiares dos Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: 1 sala, 1 computador, 1 data-show, X mesas, X, X folhas brancas, X folhas com conteúdos informativos relativamente aos benefícios da prática de exercício físico, 1 caneta por grupo, X exemplares de cada um dos meios de verificação dos indicadores de sucesso e processo, 1 Folha de Presenças; X Exemplares de Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas.

3.5.4. Objetivo Específico 4

Pretende-se que, no final da 2ª semana, todos os profissionais de saúde reconheçam a importância da prática regular de atividade física nesta população específica.

Estratégias: Educativa.

Atividades: Duas sessões Educativas: 1ª Sessão: (1) Na 1ª parte, haverá a partilha de conhecimento e experiências profissionais por parte de cada profissional de saúde com os restantes sobre o tema da atividade física na população em geral e nesta população específica; é igualmente proposto que os mesmos identifiquem possíveis barreiras à prática da mesma no panorama global e, em concreto, no seio da instituição; (2) Numa 2ª parte, será feita uma contextualização teórica dos benefícios da atividade física nesta população específica com recurso ao *powerpoint*.

2ª Sessão: (1) Na 1ª parte, os profissionais de saúde serão divididos em grupos de trabalho multidisciplinar com o objetivo de analisarem um caso ou mais casos clínicos e a partir do mesmo identifiquem as barreiras que subsistem para a prática da atividade física tanto no seu meio social como a nível da instituição, e encontrem estratégias para as ultrapassar; (2) Na 2ª parte, será feita uma avaliação do grau de importância que estes profissionais de saúde atribuem à prática regular de atividade física junto dos seus utentes.

Indicadores de Sucesso: 100% dos profissionais de saúde reconhecem a importância da prática regular de atividade física nesta população específica – Meio de Verificação: Questionário de Avaliação do grau de importância que os Profissionais de Saúde atribuem à Prática Regular de Atividade Física nesta População Específica (Apêndice VIII).

Indicadores de Processo: 90% dos profissionais de saúde demonstram satisfação com as sessões educativas; 90% dos profissionais de saúde comparecem a todas as sessões educativas. - Meios de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas (Apêndice IV); Folha de Presenças das Sessões Educativas (Apêndice V).

Recursos Humanos: 2 Fisioterapeutas; Todos os Profissionais de Saúde.

Recursos Materiais e Financeiros: 1 sala, 1 computador, 1 data-show, X mesas, X cadeiras, X folhas brancas, X folhas com impressão dos diferentes casos clínicos para a análise em grupos de trabalho, 1 caneta por grupo, X exemplares de cada um dos meios de verificação dos indicadores de sucesso e processo.

3.5.5. Objetivo Específico 5

Pretende-se que, no final do programa, todos os participantes apresentem uma diminuição da ansiedade para valores pelo menos entre 0-7, do estado depressivo para valores entre 0-9, e diminuição do stress para valores entre 0-14, de acordo com a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).

Estratégias: Atividade Física.

Atividades: De forma a atingir os objetivos a que se propõe, este programa apresenta uma duração total de 12 semanas (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000, Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009), repartido por 3 sessões semanais realizadas em grupo. As sessões serão compostas por uma fase de aquecimento, um corpo da sessão, onde será englobado o treino das seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 50 minutos por sessão e uma fase de retorno à calma, constituída por um programa de alongamentos atividades planeadas contemplam as seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 150 minutos semanais de intensidade moderada (50 minutos por sessão); resistência da força 2 vezes por semana, com 5 a 10 exercícios para abranger o maior número de grupos musculares, 1 a 3 séries, 8 a 15 repetições cada, intensidade moderada; e flexibilidade 3 vezes por semana (Weinstock et. al, 2012).

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes apresenta uma diminuição da ansiedade para valores pelo menos entre 0-7, do estado depressivo para valores entre 0-9, e diminuição do stress para valores entre 0-14, na Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Meio de verificação) (Anexo III).

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com as sessões semanais do programa de atividade física; 80% dos participantes comparecem às sessões do programa de atividade física. - Meios de Verificação: Questionário de Satisfação das sessões semanais de atividade física (Apêndice IX); Folha de Presenças das Sessões de Atividade Física (Apêndice X).

Recursos Humanos: 1 Fisioterapeutas, Todos os participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo.

3.5.6. Objetivo Específico 6

Pretende-se que, no final do programa, todos os participantes apresentem um aumento para uma pontuação pelo menos de 80 no Inventário Clínico de Auto-Conceito.

Estratégias: Atividade Física.

Atividades: De forma a atingir os objetivos a que se propõe, este programa apresenta uma duração total de 12 semanas (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000, Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009), repartido por 3 sessões semanais realizadas em grupo. As sessões serão compostas por uma fase de aquecimento, um corpo da sessão, onde será englobado o treino das seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 50 minutos por sessão e uma fase de retorno à calma, constituída por um programa de alongamentos atividades planeadas contemplam as seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 150 minutos semanais de intensidade moderada (50 minutos por sessão); resistência da força 2 vezes por semana, com 5 a 10 exercícios para abranger o maior número de grupos musculares, 1 a 3 séries, 8 a 15 repetições cada, intensidade moderada; e flexibilidade 3 vezes por semana (Weinstock et. al, 2012).

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes aumenta o seu nível de auto-conceito para pelo menos 80 de pontuação no Inventário Clínico de Auto-Conceito (*Meio de Verificação*) (Anexo IV).

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com as sessões semanais de atividade física; 80% dos participantes comparecem às sessões de atividade física. -

Meios de Verificação: Questionário de Satisfação das sessões semanais de atividade física (IX); Folha de Presenças das Sessões de Atividade Física. (Apêndice X).

Recursos Humanos: 2 fisioterapeutas; Todos os Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo.

3.5.7. Objetivo Específico 7

Pretende-se que, no final do programa, todos os participantes apresentem um aumento da Qualidade do seu Sono para, pelo menos, valores inferiores a 5 de pontuação de acordo com o Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh*.

Estratégias: Atividade Física.

Atividades: De forma a atingir os objetivos a que se propõe, este programa apresenta uma duração total de 12 semanas (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000, Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009), repartido por 3 sessões semanais realizadas em grupo. As sessões serão compostas por uma fase de aquecimento, um corpo da sessão, onde será englobado o treino das seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 50 minutos por sessão e uma fase de retorno à calma, constituída por um programa de alongamentos atividades planeadas contemplam as seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 150 minutos semanais de intensidade moderada (50 minutos por sessão); resistência da força 2 vezes por semana, com 5 a 10 exercícios para abranger o maior número de grupos musculares, 1 a 3 séries, 8 a 15 repetições cada, intensidade moderada; e flexibilidade 3 vezes por semana (Weinstock et. al, 2012).

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes aumenta a Qualidade do Sono para, pelo menos, valores inferiores a 5 de pontuação de acordo com o Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (Meio de Verificação) (Anexo V).

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com as sessões semanais de atividade física; 80% dos participantes comparecem às sessões de atividade física.

Meios de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às sessões semanais de atividade física (Apêndice IX); Folha de Presenças nas Sessões de Atividade Física. (Apêndice X).

Recursos Humanos: 2 Fisioterapeutas; Todos os Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo.

3.5.8. Objetivo Específico 8

Pretende-se que, no final do programa, todos os participantes apresentem um aumento da qualidade de vida percebida, para pelo menos 80 de pontuação em cada um dos 4 domínios da WHO *Quality of Life* – BREF.

Estratégias: Atividade Física.

Atividades: De forma a atingir os objetivos a que se propõe, este programa apresenta uma duração total de 12 semanas (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000, Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009), repartido por 3 sessões semanais

realizadas em grupo. As sessões serão compostas por uma fase de aquecimento, um corpo da sessão, onde será englobado o treino das seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 50 minutos por sessão e uma fase de retorno à calma, constituída por um programa de alongamentos atividades planeadas contemplam as seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 150 minutos semanais de intensidade moderada (50 minutos por sessão); resistência da força 2 vezes por semana, com 5 a 10 exercícios para abranger o maior número de grupos musculares, 1 a 3 séries, 8 a 15 repetições cada, intensidade moderada; e flexibilidade 3 vezes por semana (Weinstock et. al, 2012).

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes apresenta um aumento da qualidade de vida percebida, para pelo menos 80 de pontuação em cada um dos 4 domínios da WHO Quality of Life – BREF (Meio de Verificação) (Anexo VI).

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com as sessões semanais de atividade física; 80% dos participantes comparecem às sessões de atividade física. – Meios de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às sessões semanais de atividade física (Apêndice IX); Folha de Presenças nas Sessões de Atividade Física. (Apêndice X).

Recursos Humanos: 2 Fisioterapeutas, Todos os Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo.

3.5.9. Objetivo Específico 9

Pretende-se que, no final do programa, todos os participantes apresentem um aumento de pelo menos 50 metros na Prova de Marcha dos 6 minutos, que avalia a sua capacidade cardiovascular, comparativamente à sua condição inicial.

Estratégias: Atividade Física.

Atividades: De forma a atingir os objetivos a que se propõe, este programa apresenta uma duração total de 12 semanas (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000, Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009), repartido por 3 sessões semanais realizadas em grupo. As sessões serão compostas por uma fase de aquecimento, um corpo da sessão, onde será englobado o treino das seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 50 minutos por sessão e uma fase de retorno à calma, constituída por um programa de alongamentos atividades planeadas contemplam as seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 150 minutos semanais de intensidade moderada (50 minutos por sessão); resistência da força 2 vezes por semana, com 5 a 10 exercícios para abranger o maior número de grupos musculares, 1 a 3 séries, 8 a 15 repetições cada, intensidade moderada; e flexibilidade 3 vezes por semana (Weinstock et. al, 2012).

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes apresentam um aumento de 50 metros no Prova de Marcha dos 6 minutos (Meio de Verificação) (Apêndice XI), relativamente à sua condição inicial.

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com as sessões semanais de atividade física; 80% dos participantes comparecem às sessões de atividade física. –

Meios de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às sessões semanais de atividade física (Apêndice IX); Folha de Presenças nas Sessões de Atividade Física (Apêndice X).

Recursos Humanos: Dois fisioterapeutas; Todos os Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo, cronómetro, fita métrica, caneta.

3.5.10. Objetivo Específico 10

Pretende-se que, no final do programa, todos os participantes apresentem um aumento dos seus níveis de atividade física para, pelo menos, intensidade moderada de acordo com o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), comparativamente à avaliação inicial.

Estratégias: Atividade Física.

Atividades: De forma a atingir os objetivos a que se propõe, este programa apresenta uma duração total de 12 semanas (Bartels & Desilets, 2012; Fox, 2000, Calfas & Taylor, 1994 citados por Whitelaw, Clark, Swift & Goodwin, 2008; Bingham, 2009), repartido por 3 sessões semanais realizadas em grupo. As sessões serão compostas por uma fase de aquecimento, um corpo da sessão, onde será englobado o treino das seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 50 minutos por sessão e uma fase de retorno à calma, constituída por um programa de alongamentos atividades planeadas contemplam as seguintes qualidades físicas: capacidade cardiovascular, com uma duração de 150 minutos semanais de intensidade moderada (50 minutos por sessão); resistência da força 2 vezes por semana, com 5 a 10 exercícios para abranger o maior número de grupos musculares, 1 a 3 séries, 8 a 15 repetições cada, intensidade moderada; e flexibilidade 3 vezes por semana (Weinstock et. al, 2012).

Indicadores de Sucesso: 80% dos participantes apresentam um aumento dos seus níveis de atividade física para, pelo menos, intensidade moderada de acordo com o IPAC (Meio de Verificação) (Anexo I) comparativamente à avaliação inicial.

Indicadores de Processo: 80% dos participantes demonstram satisfação com as sessões semanais de atividade física; 80% dos participantes comparecem às sessões de atividade física. –

Meios de Verificação: Questionário de Satisfação relativamente às sessões semanais de atividade física (Apêndice IX); Folha de Presenças nas Sessões de Atividade Física (Apêndice X).

Recursos Humanos: Dois fisioterapeutas; Todos os Participantes.

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo; Espaços ao ar livre adequados à prática de exercício físico; X canetas; Bolas; Cones; Águas; Rádio;

3.5.11. Objetivo Específico 11

Pretende-se que, após o final do programa, todos os participantes mantenham os seus níveis de atividade física alcançados no final do mesmo, de acordo com o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Estratégias: Atividade Física; Educativa.

Atividades: (1) Manutenção da realização do plano de atividade física de forma autónoma; (2) *Follow-up* através de reuniões semanais com o grupo de participantes durante o primeiro mês após o fim do programa e uma chamada telefónica a cada 2 semanas nos 2 meses seguintes de modo a compreender se efetivamente mantêm os seus níveis de atividade física, e como forma de motivá-los a manter a prática da mesma.

Indicadores de Sucesso: 70% dos participantes, 3 meses após o final do programa, mantêm os níveis de atividade física alcançados no final do mesmo, de acordo com o IPAQ (Meio de Verificação) (Anexo I).

Indicadores de Processo: 70% dos participantes efetuam o registo semanal da sua prática de atividade física na sua vida diária; 70% dos participantes vêm a todas as reuniões semanais. – Meio de Verificação: Folha de Registo Pessoal e Semanal da Prática de Atividade Física (Apêndice XII); Folha de Presenças das Reuniões (Apêndice XIII).

Recursos Humanos: Dois fisioterapeutas; Todos os participantes

Recursos Materiais e Financeiros: X exemplares de cada meio de verificação dos indicadores de sucesso e processo, X canetas, Telefone, Espaço para as reuniões, cadeiras.

3.6. Contingências

- Pouca adesão dos participantes às sessões do programa de exercício físico;
- Desistências ao longo do programa;
- Pouca importância dada por outros profissionais de saúde. assim como cuidadores/familiares, ao exercício físico nesta população específica
- Incompatibilidade horária dos participantes, cuidadores/familiares e profissionais de saúde.

4. Referências Bibliográficas

1. Abrantes, A.M., Battle, C.L., Strong, D.R., Ing, E. et al. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Ment Health Phy*, 4(2): 79–87.
2. Abreu, C.N., Salzano, F.T., Vasques, F., Filho, R. Cordás, T.A. (2006). *Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: ArtMed.
3. Barbera, B., Carr, L.J., Castelli, D.M., Craft, L.L., Davis, K.J., Diana, A. et al. (2012). *Physical Activity Across the Lifespan*. Springer.
4. Bartels S, Desilets R. (2012). Health Promotion Programs for People with Serious Mental Illness (Prepared by the Dartmouth Health Promotion Research Team). *D.C. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions*, 1-41;
5. Bingham, P. (2009). *Minding Our Bodies – Physical activity for mental health: Literature Review*;
6. C3 Collaborating for Health (2011). The benefits of physical activity for health and well-being – Review.
7. Centre All India Institute of Medical Sciences New Dehli (2009). Substance Use Disorders – A Manual for paramedical Staff. *National Drug Dependence Treatment Centre*.
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). Polydrug Use: Patterns and Responses. *Publications Office of the European Union*.
9. Gordon, A. (2008). Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician: A brief guide for the primary care clinician. *National Drug Strategy*.
10. Hutchinson, S. L. (2011). Mental Health: Challenges, Implications and Opportunities for Community Recreation. *National Recreation Summit*.
11. Instituto das Drogas e da Toxicodependência (2012). Relatório Anual: Situação do País em matéria de Droga e Toxicodependência.
12. Instituto das Drogas e da Toxicodependência (n.d.). *Centro de Documentação – Substâncias*. Retirado a 12 de Fevereiro, 2013, de <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Paginas/Introdu%C3%A7%C3%A3o.aspx>
13. Kruisdijk, F.R., Hendriksen, J.M., Tak, E.C.P.M, Beekman, A.T.F. & Hopman-Rock, M. (2012). Effect of running therapy on depression (EFFORT-D). Design of a randomized controlled trial in adult patients [ISRCTN 1894]. *BioMed Central Public Health*, 12(50). 1-9.
14. Kumar, M.S. (2012). Methadone Maintenance Treatment – *Intervention Toolkit*. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for South Asia.
15. Mental Illness Fellowship of Australia Inc. (2011). The Physical Health of People Living with a Mental Illness – Literature Review, Programs Overview & Recommendations.
16. National Institute on Drug Abuse (2010). Comorbidity: Addiction and other Mental Illnesses – Research Report Series.
17. Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2012). Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise. *The International journal on drug policy*, 23(2), 120–7.

18. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n.d.). Plano Estratégico 2013-2015.
19. United Nations Office on Drugs and Crime (2012). World Drug Report 2012. *United Nations*.
20. Weinstock, J., Wadeson, H. K., & VanHeest, J. L. (2012). Exercise as an adjunct treatment for opiate agonist treatment: review of the current research and implementation strategies. *Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 33(4), 350–60.
21. Whitelaw, S, Swift, J, Goodwin, A, Clark, D. (2008). Physical Activity and Mental Health: the role of physical activity in promoting mental wellbeing and preventing mental health problems - An Evidence Briefing. *National Health Service for Scotland*.
22. Wolff, E., Gaudlitz, K., Von Lindenberger, B.-L., Plag, J. et al. (2011). Exercise and physical activity in mental disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(2) 186-191.
23. World Health Organization (2004). Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
24. World Health Organization (2006). Disease Control Priorities Related to Mental, Neurological, Developmental and Substance Abuse Disorders. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
25. World Health Organization (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
26. World Health Organization (2012). *Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013- 2020*;
27. World Health Organization (WHO) (2010). ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2.
28. Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *The Scientific World Journal*, 1-19.

5. Anexos

5.1. Anexo I - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

International Physical Activity Questionnaire – IPAQ

As questões que lhe vou colocar, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente activo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente activa. Vou colocar-lhe questões sobre as actividades desenvolvidas na sua actividade profissional e nas suas deslocações, sobre as actividades referentes aos trabalhos domésticos e às actividades que efectuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividades físicas vigorosas referem-se a actividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.

Actividades físicas moderadas referem-se a actividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.

*Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos **10 minutos seguidos**.*

Q.1 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez actividades físicas **vigorosas**, como por exemplo, levantar objectos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

Dias

Q.2 Nos dias em que pratica actividades físicas **vigorosas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas actividades?

Horas
 Minutos

Q.3 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez actividades físicas moderadas como por exemplo, carregar objectos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar” .

Dias

Q.4 Nos dias em que faz actividades físicas **moderadas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas actividades?

Horas
 Minutos

Craig, C.; Marshall, A.; Sjostrom, M.; Bauman, A.; Booth, M.; Ainsworth, B.; Pratt, M.; Ekelund, U.; Yngve, A.; Sallis, J. & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med & Science in Sports & Exercise*. 1381-1395. DOI: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB

Q.5 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos? **Dias**

Q.6 Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar? **Horas**
 Minutos

Q.7 Diga-me por favor, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão. **Horas**
 Minutos

Muito Obrigada

5.2. Anexo II – Mini Mental State Examination (MMSE)**Mini Mental State Examination (MMSE)****1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

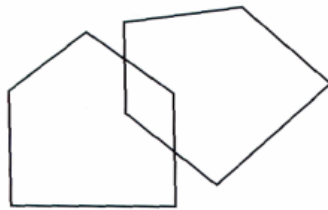
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

5.3. Anexo III - Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)*EADS-21*

Nome _____ Data ___/___/___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

5.4. Anexo IV - Inventário Clínico de Auto-Conceito

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO
(A. VAZ SERRA — 1985)

Nome _____ Idade _____ Estado civil _____ Data ____/____/____
 Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1 (1+4+9+16+17)= _____ F2 (3+5+8+11+18+20)= _____ F3 (2+6+7+13)= _____ F4 (10+15+19)= _____ Total= _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 — Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 — Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 — Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 — No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 — Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 — Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 — Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 — De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 — Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 — Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 — Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 — Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 — Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 — Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 — Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 — A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 — Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 — Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 — Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 — Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5. Anexo V – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Nome: _____
Data: ___/___/___

Nome: _____

N.º _____ Data: ___/___/___ Idade _____

Instruções: O seguinte questionário relata apenas os hábitos de sono do mês anterior

Durante o mês passado,

1) A que horas se deitou à noite na maioria das vezes? _____

2) Após quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, na maioria das vezes? _____

3) A que horas acordou pela manhã, na maioria das as vezes? _____

4) Quantas horas de sono dormiram, por noite? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama) _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que ache mais correcta.

Por favor, responda a todas as questões.

5) Quantas vezes teve problemas em adormecer por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer

(0) Nunca, no último mês (2) uma ou duas vezes por semana

(1) Menos de uma vez por semana (3) três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo

(0) nunca, no último mês (2) uma ou duas vezes por semana

(1) menos de uma vez por semana (3) três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho

(0) nunca, no último mês (2) uma ou duas vezes por semana

(1) menos de uma vez por semana (3) três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade em respirar

(0) nunca, no último mês (2) uma ou duas vezes por semana

(1) menos de uma vez por semana (3) três vezes por semana ou mais

e) Outra situação incomodativa enquanto dormia, descreva _____

(0) nunca, no último mês (2) uma ou duas vezes por semana

(1) menos de uma vez por semana (3) três vezes por semana ou mais

5.6. Anexo VI - Questionário WHOQOL-Bref

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

5.7. Anexo 7 – Escala de Borg

Esta escala mede o nível da sua sensação de esforço antes e depois da realização de atividade física. Por favor, indique qual a opção que corresponde à sua sensação de esforço.

6	Sem nenhum esforço físico
7	Esforço físico extremamente leve
8	
9	Esforço físico ligeiramente leve
10	
11	Esforço físico leve
12	
13	Esforço físico ligeiramente intenso
14	
15	Esforço físico intenso
16	
17	Muito intenso
18	
19	Esforço físico extremamente intenso
20	Esforço físico máximo

6. Apêndices**6.1. Apêndice I – Cronograma / Calendário do Programa****Cronograma do Programa Ativa[MENTE]**

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sessões de Educação para Cuidadores e Família (Ver Cronograma das sessões de educação APÊNDICE 1)												
Sessões Educativas para Profissionais de Saúde (Ver Cronograma das sessões de educação APÊNDICE 1)												
Sessões de Educativas para Participantes (Ver Cronograma das sessões de educação APÊNDICE 1)												
Sessões de Atividade Física (Ver Cronograma das sessões de exercício APÊNDICE 2)												
Avaliações	Inicial					Intermédia						Final

Legenda:

1 Sessão Educativa

3 Sessões de Atividade Física



6.2. Apêndice II – Cronograma das Sessões Educativas do Programa Ativa[MENTE]

Sessões Educativas do Programa Ativa[MENTE]		
Semana 1	Semana 2	Semana 3
<p>1ª Sessão Educativa para profissionais de saúde (Duração: 60 minutos):</p> <p>(1) Na 1ª parte, haverá a partilha de conhecimento e experiências profissionais por parte de cada profissional de saúde com os restantes sobre o tema da atividade física na população em geral e nesta população específica; é igualmente proposto que os mesmos identifiquem possíveis barreiras à prática da mesma no panorama global e, em concreto, no seio da instituição; (2) Numa 2ª parte, será feita uma contextualização teórica dos benefícios da atividade física nesta população específica com recurso ao <i>powerpoint</i>.</p> <p>1ª Sessão Educativa para cuidadores/familiares (Duração: 60 minutos):</p> <p>(1) Na 1ª parte da sessão, será pretendido que os cuidadores/familiares partilhem as suas perspetivas e experiências relativamente à atividade física e como esta pode estar inserida nas atividades da vida diária; (2)</p>	<p>2ª Sessão Educativa para profissionais de saúde (Duração: 60 minutos):</p> <p>(1) Na 1ª parte, os profissionais de saúde serão divididos em grupos de trabalho multidisciplinar com o objetivo de analisarem um caso ou mais casos clínicos e a partir do mesmo identifiquem as barreiras que subsistem para a prática da atividade física tanto no seu meio social como a nível da instituição, e encontrem estratégias para as ultrapassar; (2) Na 2ª parte, será feita uma avaliação do grau de importância que estes profissionais de saúde atribuem à prática regular de atividade física junto dos seus utentes.</p> <p>2ª Sessão Educativa para cuidadores/familiares (Duração: 60 minutos):</p> <p>(1) Na 1ª parte, será feito o recurso a uma apresentação em <i>powerpoint</i> aos cuidadores/familiares de modo a tornar claros quais são os benefícios da atividade física nesta</p>	<p>2ª Sessão de Educativa para os participantes (Duração: 45 minutos):</p> <p>(1) Na 1ª parte da sessão, será dada a abertura para que o grupo, através da partilha de experiências prévias e das suas perceções, encontre estratégias que considerem ser propulsoras da prática de atividade física nas suas vidas diárias, com a colaboração do fisioterapeuta; (2) Na 2ª parte da sessão, o grupo elaborará um <i>poster</i> tendo por base os benefícios relativos à atividade física e as estratégias para promover a prática da mesma que para si tiveram mais significado.</p>

<p>Na 2ª parte, haverá divisão dos cuidadores/familiares em pequenos grupos para efetuarem um trabalho de pesquisa com recurso a informações disponibilizadas num conjunto de folhas no espaço onde se realiza a sessão, de modo a selecionarem aqueles que para si são os principais benefícios associados à prática de atividade física na população em geral. No final da sessão, cada grupo partilhará com os restantes aqueles que assinalaram e registaram como os principais efeitos benéficos da atividade física.</p>	<p>população específica, quais as barreiras à prática da mesma e estratégias para as ultrapassarem; (2) Na 2ª parte, cada um dos cuidadores/familiares refletirá sobre estratégias que poderão ser adotadas para a prática de atividade física junto do respetivo participante, e partilhar com o grupo; (3) Numa última parte, serão avaliados os seus conhecimentos relativamente aos benefícios da atividade física e estratégias para a sua promoção junto dos participantes.</p> <p>1ª Sessão Educativa para os participantes (Duração: 45 minutos):</p> <p>(1) Na 1ª Parte, introdução ao tema da atividade física, com solicitação da participação dos utentes, através da partilha de perspetivas pessoais de cada um destes sobre o que significa ser fisicamente ativo; (2) Na 2ª Parte, recurso a uma apresentação em <i>powerpoint</i> aos utentes de modo a tornar claros quais são os benefícios da atividade física face à condição destes.</p>	
--	---	--

6.3. Apêndice III – Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade física e Estratégias para a sua Prática

Nome: _____
Data: ___/___/___

1) Por favor, indique pelo menos 5 benefícios da prática de atividade física.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

2) Por favor, indique pelo menos 3 estratégias que poderá utilizar para aumentar os seus níveis de actividade física.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

Obrigado(a) pela sua colaboração!

6.4. Apêndice IV – Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas

Questionário de Satisfação relativamente às Sessões Educativas
Data: ___/___/___

Ao preencher este questionário deverá ter em atenção a seguinte escala de 5 graus de satisfação:
 1 - DISCORDO TOTALMENTE; 2 – DISCORDO PARCIALMENTE; 3 -INDIFERENTE; 4 -
 CONCORDO PARCIALMENTE; 5 - CONCORDO TOTALMENTE. Este questionário é anónimo.

	1	2	3	4	5
Os conteúdos foram expostos de forma clara e adequada.					
A informação contribuiu para o aumento do meu conhecimento.					
O horário foi o mais adequado para a minha disponibilidade.					
A duração das sessões foi adequada.					
O espaço onde decorreu a sessão foi o adequado.					
Os recursos utilizados foram adequados.					
O desempenho do(s) fisioterapeutas foi adequado.					

Obrigado(a) pela sua colaboração!

6.5. Apêndice V – Folha de Presenças das Sessões Educativas

Folha de Presenças		
Sessões Educativas		
Nome	1ª Sessão __/__/__	2ª Sessão __/__/__

6.6. Apêndice VI - Folha de Registo Semanal das Estratégias Implementadas junto do respetivo Participante.

Semana 1	Folha de Registo de Prática de Exercício Físico
	Escreva aqui as atividades que implementou junto do seu familiar, por favor.
Segunda-feira	
Terça-feira	
Quarta-feira	
Quinta-feira	
Sexta-feira	
Sábado	
Domingo	

6.7. Apêndice VII - Questionário de Avaliação de Conhecimentos Relativos aos Benefícios da Atividade Física e Estratégias a Adotar para a Promover junto dos Participantes

Nome: _____
Data: ___/___/___

1. Por favor, indique pelo menos 5 benefícios da prática de atividade física para os participantes.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

2. Por favor, indique pelo menos 3 estratégias que poderá utilizar para aumentar os níveis de atividade física dos participantes.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

Obrigado(a) pela sua colaboração!

6.8. Apêndice VIII - Questionário de Avaliação do grau de importância que os Profissionais de Saúde atribuem à Prática Regular de Atividade Física nesta População Específica

Nome: _____

Data: ___/___/___

Por favor, assinale com um “X”, o grau de importancia que dá à prática regular de atividade física para os seus utentes, atendendo à sua condição. (1 - Nenhuma Importância e 10 – Máxima Importância).

1. ____
2. ____
3. ____
4. ____
5. ____
6. ____
7. ____
8. ____
9. ____
10. ____

Obrigado(a) pela sua colaboração!

6.9. Apêndice IX - Questionário de Satisfação das Sessões Semanais de Atividade Física

Nome: Data: ___/___/___
--

Ao preencher este questionário deverá ter em atenção a seguinte escala de 5 graus de satisfação:
1 - DISCORDO TOTALMENTE; 2 – DISCORDO PARCIALMENTE; 3 -INDIFERENTE; 4 - CONCORDO PARCIALMENTE; 5 - CONCORDO TOTALMENTE. Este questionário é anónimo.

1ª Semana

	1	2	3	4	5
Os conteúdos foram expostos de forma clara e adequada.					
A informação contribuiu para o aumento do meu conhecimento.					
O horário foi o mais adequado para a minha disponibilidade.					
A duração das sessões foi adequada.					
O espaço onde decorreu a sessão foi o adequado.					
Os recursos utilizados foram adequados.					
O desempenho dos(as) estudantes de fisioterapia foi adequado.					
Os exercícios foram adequados às minhas capacidades físicas.					

Obrigado(a) pela sua colaboração!

6.10. Apêndice X - Folha de Presenças das Sessões de Atividade Física

Folha de Presenças						
Sessões de Atividade Física						
Nome	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

6.11. Apêndice XI – Prova de Marcha dos 6 minutos

Prova dos 6 minutos de Marcha	
Nome: _____	
Data: ___/___/___	

	Antes	Depois
Frequência Cardíaca		
Frequência Respiratória		
Tensão Arterial		
Escala de Borg		
Nº de Voltas		
Distância Percorrida		

Examinador: _____

6.12. Apêndice XII - Folha de Registo Pessoal e Semanal da Prática de Atividade Física (até 12 semanas)

Semana 1	Folha de Registo de Prática de Exercício Físico
	Que atividades realizou?
Segunda-feira	
Terça-feira	
Quarta-feira	
Quinta-feira	
Sexta-feira	
Sábado	
Domingo	

6.13. Apêndice XIII – Folha de Presenças das Reuniões

Folha de Presenças das Reuniões

Folha de Presenças das Reuniões				
Nome	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___