

Aspetos da comunicação não-verbal usados pelo psicomotricista para o sucesso da sua intervenção terapêutica – um estudo de caso

Aspects of non-verbal communication used by psychomotor therapist for the success of their therapeutic intervention – A case study

António Ricardo Mira

arm@uevora.pt

Universidade de Évora

Jorge Fernandes

jorgef@uevora.pt

Universidade de Évora

Resumo: A psicomotricidade tem como objeto de estudo o corpo e as suas relações com o exterior. Inserido num determinado contexto ambiental, o corpo é um dos veículos centrais na transmissão de mensagens. O conhecimento do psicomotricista, acerca da utilização e identificação dos aspetos não-verbais, é determinante para melhorar a qualidade da intervenção, especialmente quando estamos perante a psicomotricidade com ênfase na qualidade da relação. Neste trabalho temos como objetivo conhecer a ocorrência não-verbal, *toque* e sua tipologia, a partir de Watson (1975), operada nos braços de uma criança, com paralisia cerebral (hemiparesia direita), pelo psicomotricista durante a sua intervenção. Esta análise consiste num estudo de caso realizado através da visualização sistemática e sistematizada de um vídeo durante uma sessão, na qual o psicomotricista interage com a criança com fins terapêuticos. A recolha de dados foi feita por vídeo-gravação e transcritos, verbalmente, para o papel e analisados e categorizados, posteriormente. Os resultados obtidos levaram-nos a concluir que o psicomotricista utilizou todos os aspetos não-verbais relacionados com o toque nos braços. A maioria destes toques foi do tipo Instrumental/Afetivo. Emergiram dados os quais se revelaram pertinentes como contributos para a melhoria da qualidade da intervenção, quando conhecidos e utilizados, adaptadamente, pelo psicomotricista.¹²

Palavras-chave: Comunicação não-verbal, psicomotricidade, intervenção psicomotora, paralisia cerebral

¹ Agradecemos ao Psicomotricista João Costa pela cedência do corpus para a nossa investigação e a Sara Rente orientanda do Mestrado em Psicomotricidade Relacional, dos autores.

² Os autores escrevem segundo o anterior acordo ortográfico.

Abstract: The object of psychomotricity is the study of the body and its relationships with the outside world. Within a certain environmental context, the body is one of the central vehicles in the transmission of messages. The psychomotricity therapist's knowledge about the use and identification of non-verbal aspects is the key to improve the efficiency of the intervention, especially when we face psychomotricity with emphasis on the quality of the relationship. The aim of this work is to reckon the non-verbal happening of *touch* and its typology, according to Watson(1975), operated by the psychomotricist on the arms of a child with cerebral palsy,(right hemiparesis) during his/her intervention. This analysis consists of a case study based on the systematic and systematized viewing of a video made during one session, in which the therapist interacts with the child for therapeutic purposes. The collection of data was made through vídeo recording and verbally set down transcriptions for later analysis and categorization. The results obtained let us conclude that the psychomotricity therapist used all the non-verbal aspects related to arm *touching*. Most of these *touches* were of the instrumental/affective kind. Data have emerged that were considered relevant as contributing to improve the quality of the intervention if they are known and appropriately used by the psychomotricity therapist.

Keywords: Non-verbal communication, psychomotricity, psychomotor intervention, cerebral palsy.

Introdução

A comunicação não-verbal é determinante em processos de comunicação interpessoal. É útil que o indivíduo se consciencialize do significado de alguns signos não-verbais, tendo sempre em consideração o contexto onde estes se atualizam. Na prática psicomotora, onde a vertente relacional não é secundarizada, a consciencialização dos aspetos não-verbais da comunicação e a sua adequada utilização, por parte do psicomotricista (pm.), poderá causar uma melhoria na qualidade da sua intervenção. Este profissional deverá observar e fazer a leitura dos aspetos não-verbais, tendo em conta o contexto sociocultural e o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e emocional da criança. Neste sentido, a capacidade de observação, que o pm. deve ter da criança em contexto de intervenção, terá que abarcar uma compreensão, o mais aprofundada possível, dos aspectos plurais da comunicação não-verbal. Rodríguez e Llinares (2008) referem que o conceito de escuta, em psicomotricidade, pressupõe a capacidade de observação da expressividade motora, através dos mediadores da comunicação: a linguagem corporal, a relação com o material, a ocupação do espaço e tempo e a relação com o outro. Só assim, o pm. poderá consciencializar-se sobre o significado destes elementos de modo a ser-lhe possível realizar uma escuta adequada de forma a ajustar o seu comportamento na relação com a criança. Nesta sequência, o pm. interpreta a vivência da criança e atribui-lhe um significado simbólico, devolvendo-lhe um espelho das suas emoções. A comunicação entendida como um processo de interação, que inclui, pelo menos, dois seres humanos, envolve componentes verbais e não-verbais (Fachada, 2010). Significa isto que as relações de interação só poderão ser compreendidas numa abordagem que envolva estas duas dimensões comunicacionais de que dispõe o ser humano. Não será, contudo, despidendo, neste processo, como alguns autores apontam (Birdwhistel, como citado em Knapp, 1995; Oger-Stefanink, 1987; Pease & Pease, 2012; Messinger, 2009; Mehrabian, 1971), o facto de existir uma hegemonia percentual da componente não-verbal. Birdwhistel refere a existência de mais de 65%, Oger-Stefanink de mais de 75%, Pease e Pease 60% a 80%, Messinger perto de 80% e Mehrabian de 93% (quando se fala de sentimentos e atitudes) da componente não-verbal numa situação de comunicação interpessoal.

Para Llauradó (2008), uma das componentes não-verbais importantes em psicomotricidade é o sentido do tato que deve ser entendido como um tocar que transcende o contato direto característico da distância íntima, para adquirir uma dimensão tónico-emocional que, ao

tornar-se recíproca e empática, segundo Aucouturier (2010), representa a base da interação pessoal, de modo particular, no contexto da intervenção.

Montagu (1979) refere que as sensações táteis são indispensáveis para um desenvolvimento equilibrado da criança e muito importantes para o comportamento humano em geral. Sustenta que a qualidade do toque atempado influencia a qualidade da futura vida emocional e sexual do indivíduo.

Para Williamson e Anzalone (2001), o sistema tátil, composto pelos receptores embutidos na pele, desempenha um papel crucial no desenvolvimento da criança. As informações sensoriais vindas da pele assumem funções protetoras e discriminatórias, relativas ao estado emocional e de exploração do meio ambiente. Permitem, também, estabelecer a fronteira que separa o Eu do ambiente externo. É neste sentido que Anzieu (1985) criou a noção de Eu-pele que corresponde a uma fronteira física e psíquica. O Eu estrutura-se, assim, em torno desta metáfora do Eu-pele, a qual abrange as relações com o outro e a constituição de um espaço psíquico necessário para a autonomização da criança.

Segundo Carné (2002), o pm. deve orientar a sua relação com a criança com base no toque de forma a constituir uma espécie de envelope físico e psíquico, o que transmitirá à criança a segurança para a construção de um clima de sintonia afetiva entre esta e o terapeuta, o que é fundamental para a relação que deverá ser estabelecida durante a intervenção psicomotora. O sentido do tato, que está espalhado por toda a pele, tem um sentido proprioceptivo com valor comunicativo dominante. Finnegan (2005) salienta que o toque é um poderoso veículo nas interações entre os seres humanos. Também afirma que a sua utilização difere entre os grupos sociais e as regras de comunicação estabelecidas, reforçando que “There are culture-specific expectations for the tactile relations between categories of people such as man and women, employer or employee, patient and doctor, or those of diferente statuses, ages of affiliations” (p.18). O toque está interligado com o carácter das relações e em estreita dinâmica com a gestão do espaço, e.g., as relações mais próximas ou familiares tendem a situar-se na esfera íntima. O toque faz parte da comunicação humana. Como diz Finnegan (2005): “...communicative touch is emphatically not confined to any single section of humankind. It is everywhere a valuable resource for human communicating, building especially [...] on the remarkable deployment of the human hands” (p.219). É neste sentido que um programa de intervenção psicomotora deve ser humanizado pelo que terá de superar

as práticas meramente instrumentais tal como o concebem Mira e Fernandes (2015) quando propõem um modelo teórico de comunicação na intervenção psicomotora.

Na área da saúde, foram realizados, no Brasil, alguns estudos (Ramos & Bortagarai, 2011; Dell'Aquila et al., 1998; Silva et al., 2003), através de entrevistas e observação, os quais focaram a importância da utilização da comunicação não-verbal na interação entre o cuidador/técnico de saúde e o paciente. Nestes estudos, foram analisados o tipo de toque, a sua duração, o local do corpo tocado, o sexo e idade daquele que se tocou, a intensidade ou pressão exercida/sensação provocada pelo toque e o olhar dos actantes (se existe ou não e para onde se dirige), o conforto/desconforto entre terapeutas e pacientes internados em hospital. Com unanimidade, reconheceram a necessidade da consciencialização, por parte do terapeuta, da comunicação não-verbal, com a finalidade de melhorar os cuidados de saúde. A adequada utilização da comunicação não-verbal promove segurança, diminuição da dor e da ansiedade no paciente.

Watson (1975), no artigo que escreve, a propósito de uma sua investigação levada a cabo num lar da terceira idade (enfermagem geriátrica), não só define toque como um contacto físico intencional, entre dois ou mais indivíduos, como se refere a dois tipos de toque: toque Instrumental e toque Expressivo. Toque Instrumental será um contacto físico deliberado, iniciado para facilitar a performance de outro ato que é a intenção primária do iniciador (Watson, 1975). Dá este autor dois exemplos: o tratamento por um enfermeiro de queimaduras no corpo do paciente e o dar o braço para o equilíbrio do doente. O toque Expressivo, admite este investigador, é relativamente espontâneo e afetivo, bem como não é requerido ou programado pela relação institucional dos interactantes. Watson (1975) diz que é razoável admitir que um toque de natureza primariamente Instrumental, dado por profissionais de saúde, pode ter, também, uma dimensão expressiva. Face a esta tese do autor, admitimos nós que se tratará de um toque, não misto, mas de uma natureza que toma as características do Instrumental e as do Expressivo, como se de uma só característica se tratasse.

Encontramos outros autores (Pinheiro, Rocha, & Silva, 1998; Gala, Telles, & Silva, 2003; Lopes, Soares, Sá, & Câmara, 2009) que apresentam outras tipologias de toque. Pinheiro et al. (1998), partindo e interpretando a tipologia de Watson (1975) propõem três tipos de toque enfermeiro /paciente como sendo os que aquele autor propõe: toque Expressivo, que também

identificam como Afetivo, como dizem encontrar na literatura, toque que, afirmam, “ocorre espontaneamente e não faz parte de procedimentos” (p. 193); toque Instrumental como “um contato físico deliberado para desenvolver determinada técnica ou procedimento” (p.193) e o toque Expressivo-Instrumental ou Instrumental-Afetivo “que seria uma combinação dos outros dois tipos de toque” (p.193). O que estes autores não dizem é se, quando falam de toque Expressivo-Instrumental, a tônica do toque recai no seu aspecto Expressivo e se, quando falam de Instrumental-Expressivo, a tônica do toque recai no seu aspecto instrumental. Por outro lado, Gala et al. (2003) falam de toque Instrumental, Afetivo e Instrumental-Afetivo, sendo o Instrumental “decorrente da necessidade de desempenhar uma tarefa específica” (p. 53), o Afetivo um “contato espontâneo que pretende demonstrar apoio, carinho e segurança” (p. 53), não definindo, os autores, o Instrumental-Afetivo, mas que, implicitamente, nos parece ser uma junção dos anteriormente definidos. Por sua vez, Lopes et al. (2009) também consideram três tipos: o Instrumental que entendem “como aquele realizado numa tarefa ou procedimento específico (ex.: aferir sinais vitais, exame físico)” (p. 405); o Afetivo que “como contato espontâneo, visa demonstrar apoio, carinho e segurança (ex.: nas situações de dor, medo, ansiedade, depressão, solidão)” (p. 405) e o Instrumental-Afetivo “como uma combinação entre os dois anteriores (ex.: utiliza-se o componente afetivo de forma consciente na realização de qualquer procedimento)” (p. 405). O artigo de Lopes et al. (2009) faz referência ao de Gala et al. (2003) e também ao de Pinheiro et al. (1998) e estes autores, por sua vez, não desconhecem o de Watson (1975) precursor da nomenclatura tipológica do toque.

Neste sentido, e usando a tipologia de Pinheiro et al. (1998), pretendemos verificar, nesta pesquisa, a tipologia dos toques dados nos braços, e em que braços, de uma criança com Paralisia Cerebral (PC), por um pm., numa sessão de psicomotricidade. Também, foram objetivos desta pesquisa verificar a predominância dos tipos de toque e a sua intenção no processo terapêutico e, ainda, verificar a duração e a intenção da duração do toque.

Método

Trata-se de um artigo original caracterizado por um estudo de caso de natureza qualitativa.

Amostra

Um pm., mestre em Psicomotricidade Relacional, com 30 anos de prática hospitalar. Uma criança do sexo masculino, com treze meses de idade, portadora de PC, provocada por anoxia

durante o parto, com uma hemiparesia do lado direito e com alterações tónicas: hipotonicidade generalizada, com tensões tónicas flutuantes, no membro superior e inferior esquerdos, denotando, também, distonias evidentes na parte distal do membro superior e inferior direito. Aquela apresenta, também, uma afasia de Broca, ou seja, dificuldade em utilizar a linguagem oral por afetação da circunvalação esquerda, mantendo, no entanto, a compreensão do que se lhe transmite oralmente.

A escolha deste pm. baseou-se quer na sua formação quer no tempo de prática profissional, o que, à partida, constituíram pressupostos de garantia científica e técnica da sua atuação. A escolha da criança adveio da patologia apresentada que ia ao encontro dos interesses de investigação dos autores e, também, pela recorrência da mesma noutros indivíduos. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados através da não utilização do nome do pm. e da criança e pela não visualização da filmagem por outros indivíduos a não ser os investigadores.

Instrumentos

A sessão de psicomotricidade foi filmada numa sala, para intervenção psicomotora, de uma clínica, em Lisboa. A máquina utilizada para a filmagem foi uma Camcorder RCA CC522 VHS.

Para a recolha de dados, a partir da filmagem, usámos grelhas de observação e de recolha de dados previamente construídas por nós e validadas, por pré-teste, por dois outros investigadores, não participantes nesta investigação, com base no quadro teórico-conceitual referente à comunicação não-verbal e à psicomotricidade relacional, as quais nos permitiram selecionar as variáveis de estudo previstas e as emergentes, focando-nos no comportamento não-verbal do pm. Os nossos quadros são singulares, por não haver nenhuns iguais, em estudos pré-existentes. A sua construção, inicialmente, impôs alguns ajustamentos à medida da recolha dos dados. A cada quadro corresponde uma situação diferente no vídeo e na interação, o que nos transferiu para a atribuição de fundamentações diferentes, para as nossas inferências, registadas em formato de notificações, no final de cada quadro. Registámos, também, nas grelhas referidas, as nossas inferências, acerca das ocorrências, tal como os elementos que nos orientaram para a apresentação e discussão dos resultados. Nestas grelhas constavam as seguintes entradas referentes às ocorrências não-verbais: narrativa literária da

ocorrência, núcleo da ocorrência, inferências do investigador, elementos indutores das inferências do investigador, tipologia do toque e tempo do mesmo. Ainda constou uma ou outra entrada, só preenchida no período final da investigação, referente à confirmação ou não, e respectivas razões, das inferências dos investigadores pelo investigado.

De entre as tipologias do toque, por nós consideradas e mencionadas na introdução deste artigo, julgámos como sendo a mais completa e válida a de Pinheiro et al. (1998). Isto por apresentar um leque tipificador do toque susceptível de crédito por ser abrangente e por contemplar subtilezas distintivas que os toques podem encerrar. Além disto, respeita a tipologia inicial de Watson (1975) e mostra evolução a partir da sugestão que este investigador faz quando afirma: “While it is reasonable to assume that the use of touch by health professionals is primarily instrumental in nature, any given instance of touching may have expressive as well as instrumental significance” (p. 105). Nesta perspectiva, aceitámos a proposta de Pinheiro et al. (1998) e considerámos a classificação de toque Expressivo-Instrumental e de toque Instrumental-Expressivo. Considerando as ideias implícitas dos autores referidos, quando tipificam o toque, e, pela lógica das suas propostas, decidimos, pois, conceber como sendo suas as seguintes definições: toque Expressivo-Instrumental quando a tónica do toque recai no seu aspecto Expressivo e toque Instrumental-Expressivo quando a tónica do toque recai no seu aspecto Instrumental. Pelo exposto, valeu a tipologia: 1. Toque Expressivo ou Afetivo; 2. Toque Instrumental; 3. Toque Expressivo-Instrumental; 4. Toque Instrumental-Afetivo.

Procedimentos

Numa sessão convencional de psicomotricidade, de 30 minutos, composta por quatro momentos de intervenção (ritual de entrada, espaço sensório-motor, espaço de representação e ritual de saída), em que o pm. realizou uma intervenção com uma criança com PC, tendo como objetivos gerais a melhoria da coordenação motora e a construção da sua imagem corporal, foram analisados os toques dados pelo pm., nos braços da criança, durante as vivências realizadas no espaço sensório-motor, correspondente a 5 minutos e 71 segundos do tempo total da sessão. Esta fase foi escolhida por ser nela que existe a maior interação entre terapeuta e criança.

A minutagem foi verificada e registada a partir dos dados de tempo da filmagem, que a

própria ferramenta informática permitiu colocar à disposição dos investigadores, a cada visualização e revisualização da mesma.

A filmagem vídeo que permitiu a recolha de dados foi analisada pelos investigadores através de grelhas de observação e de recolha de dados previamente construídas para o efeito tendo em conta os objetivos da investigação e, como previsto, completada com algumas entradas sugeridas por dados emergentes aquando da referida recolha de dados. Após as categorizações realizadas, os investigadores realizaram duas sessões de trabalho com o pm., participante na intervenção psicomotora registada, para que o mesmo pudesse confirmar ou infirmar as leituras feitas pelos investigadores. O mesmo pm. viria, na discussão operada, a confirmar as interpretações dos investigadores, à exceção de duas intenções de toque que operou. Os investigadores acabariam por aceitar, em detrimento das suas classificações prévias, as declarações do pm., por isso lhes parecer, de facto, a realidade irrefutável, tendo, sobretudo, em consideração a consciência da intenção demonstrada e defendida pelo investigador.

Resultados

Foram realizados 7 toques, pelo pm., nos braços da criança. Desses, 6 deles foram do tipo Instrumental-Afetivo. Só 1 foi do tipo Afetivo. Na sua totalidade, estas ocorrências duraram 37 segundos, em 5 minutos e 31 segundos de recolha de dados. O valor médio da duração dos toques Instrumentais-Afetivos foi de 4.83 segundos, com uma amplitude entre 2 e 14 segundos. O único toque Afetivo teve uma duração de 8 segundos que apenas foi suplantada por um toque Instrumental-Afetivo de 14 segundos.

No primeiro toque, que foi Instrumental-Afetivo, de 5 segundos, o pm. está de joelhos, com o tronco inclinado para frente e para baixo, na direção da criança, a qual se encontra deitada no colchão. O pm. agarra, conduz e movimenta os braços da criança, com a finalidade evidenciada de a levar a movimentar, simultaneamente, os membros superiores, sem que a predominância recaia sobre o braço mais apto. O pm. acompanha este toque de elementos prosódicos (interjeições) e de elementos proxémicos (distância íntima/modo próximo), em que o elemento postural referido desempenha um papel fundamental no toque utilizado. No segundo toque, que foi Instrumental-Afetivo, de 3 segundos, o pm., em situação lúdica, toca no braço esquerdo da criança, inibindo o seu movimento, de forma que ela movimente o braço afetado numa atividade controlada. O pm. acompanha este toque de elementos

prosódicos (tom grave/longa duração/entoação interjectiva) e de elemento proxémico (distância íntima/modo próximo), acompanhando toda a situação lúdica numa interação corporal.

No terceiro toque, que foi Instrumental-Afetivo, de 2 segundos, o pm. espelha a postura da criança deitando-se frente a ela, agarrando, movimentando, conduzindo e elevando o braço direito da criança, aquele que apresenta paresia. O pm. acompanha este toque de elementos prosódicos (tom grave/entoação interjectiva) e de elemento proxémico (distância íntima/modo próximo), recorrendo, ainda, a gestos reguladores.

No quarto toque, que foi Instrumental-Afetivo, de 14 segundos, o pm. toca no braço esquerdo para inibir o seu movimento e promover situações lúdicas de movimento com o braço direito. Este toque é acompanhado de elementos prosódicos (entoação interjectiva e repetições) e de intenso olhar. O pm., de joelhos, proxemicamente, coloca-se na distância íntima/modo próximo.

No quinto toque, que foi Instrumental-Afetivo, de 3 segundos, o pm, agarra os braços da criança para movimentá-los no sentido de coordenar o movimento de ambos, ainda na postura de joelhos, e em frente de um espelho grande. O pm. acompanha este toque de elementos prosódicos (sons associados a onomatopeias) e, proxemicamente, utiliza a distância íntima/modo próximo, expondo à criança a parte ventral do seu corpo.

No sexto toque, que foi Instrumental-Afetivo, de 2 segundos, o pm., na posição de joelhos, com os seus pulsos, toca na parte proximal e interior dos braços da criança para, apoiando-a, a elevar. Espelhados, depois, pela postura, ficam os dois na posição bípede. Este toque foi acompanhado de elemento proxémico (distância íntima/modo próximo).

No sétimo toque que, de entre os observados, foi o único de tipo Afetivo, com a duração de 8 segundos, o pm. agarra e conduz os braços da criança para que, com as mãos, ela possa afagar-lhe, com afeto e lentamente, o seu rosto. Na postura de joelhos e com a inclinação do tronco para a frente, em direção à criança, o pm. acompanha este toque de elementos prosódicos (tom grave), na distância íntima/modo próximo.

Discussão

Relativamente ao primeiro toque, em que o pm. utiliza uma postura em que inclina o seu corpo na direção da criança, ele é, de acordo com Gabarre (2009), um sinal de conforto

na interação. É um sinal de abertura no relacionamento. Também Navarro (2008) refere que a exposição ventral significa confiança e é uma posição própria dos pais quando abraçam os filhos, o que é traduzido pela postura que o pm. estava a assumir na relação terapêutica com esta criança. Este tipo de postura é também referida por Quilliam (2005) como indicador de interesse e de envolvimento numa interação. Podemos ainda referir que a postura de joelhos, na qual se coloca o pm., estando de frente para a criança, com o olhar na direção do rosto dela, faz com que ambos se remetam, assim, para uma situação de igualdade evidenciada pela disponibilidade corporal, a qual pode remeter para uma regressão aos cuidados maternos (Martinez, 2008).

As atividades realizadas pelo pm., com a criança, fazem crer que procuram desenvolver sensações que conduzam a percepções e representações do seu próprio corpo, favoráveis à melhoria da sua coordenação motora deficitária, devido à paralisia cerebral de que é portadora. Os elementos prosódicos observados, na atividade descrita, possuem uma função focalizadora (Rodrigues, 2007) e favorecedora da atenção (Mira, 2003).

No que diz respeito à forma como foi executado o segundo toque, esta vai ao encontro da ideia de Dantas (2011) que diz que o pm. deve respeitar o prazer lúdico da criança convidando-a, contudo, para outra atividade, sem imposição, mas com alguma direção, desde que isso seja conveniente à sua intervenção psicomotora. Os elementos prosódicos observados, que têm a ver com a duração do discurso, suavizam o mesmo e são estratégia de sedução facilitadora da compreensão desse mesmo discurso, possibilitando a focalização em elementos fundamentais (Lima, Andrade, Aguiar, & Madeiro, 2010), o que parece acontecer neste momento da intervenção. A distância íntima próxima, verificada, assume uma função de envelope securizante, em que vasta superfície do corpo da criança está em contato com o corpo do pm.

O terceiro toque surge numa situação em que impera o espelhamento entre pm. e criança. O facto de haver espelhamento de posturas significa que, sendo elas congruentes, se estabelece um acordo entre aquilo que as pessoas estão a pensar ou a dizer e aquilo que estão a sentir (Davis, 1979). As posturas espelhadas assumirão, no caso, a função de eliminar barreiras espaciais entre os dois actantes o que se torna favorável aos objetivos da intervenção em curso. Quanto aos elementos prosódicos, o estilo enfático tem um efeito focalizador e demonstra envolvimento do falante, estimulando, por sua vez, o

envolvimento do ouvinte (Rodrigues, 2007), neste caso a criança. Também Sauter (2006) refere que o tom de voz e a sua variação desencadeiam respostas motoras no ouvinte, aqui, a criança. Os gestos reguladores utilizados pelo pm. surgem para regular, diretamente, o fluxo da sua conversa com a criança, mas expandem-se até à regulação da atividade do menino como resposta aos estímulos do próprio terapeuta. Ekman e Friesen (2003), na sua taxonomia para definir as funções dos sinais não-verbais na comunicação, ressaltam a sua natureza reguladora no fluxo comunicacional dos sujeitos em ação.

O quarto toque, que foi de maior duração, associado ao prazer lúdico da criança, surgido pelo convite do pm. para atividades que, embora com alguma direção da sua parte, não foram impostas, respeitando, assim, a liberdade da criança de as aceitar ou recusar, tal como Dantas (2011) recomenda. A marca temporal do toque e a distância íntima entre os dois seres em presença, associadas ao tom grave da voz do pm., permitiram, como nos refere Lapiere e Aucouturier (1984), criar condições para que a criança pudesse, eventualmente, chegar a um sentimento de plenitude fusional, como que reproduzindo a segurança que lhe terá sido proporcionada na relação maternal. A situação criada arremete para a construção de uma ‘envelopagem’ corporal, constituída por elementos tácteis, dérmicos, térmicos, visuais e prosódicos, no sentido da construção de um Eu-pele (Anzieu, 1985), o que irá facilitar a (re)construção da imagem corporal da criança.

Relativamente ao quinto toque, é evidente a intensão do pm. de beneficiar a coordenação motora da criança que é um dos défices mais significativos provocados pela paralisia cerebral. Independentemente do trabalho mais funcional, o pm. favorece que as sensações, que proporciona à criança, evoluam para representações, ao permitir que esta se veja ao espelho. A prosódia e o ritmo do débito verbal do pm. assumem, neste momento, mais uma vez, importância de relevo. Isto porque a prosódia possui uma função focalizadora (Rodrigues, 2007) e o ritmo do débito verbal favorece a atenção do receptor (Mira, 2003). Mais ainda, este ritmo particular do débito verbal, neste momento específico da intervenção, ficou favorecido pelos sons onomatopaicos usados. Também Sauter (2006) refere que o tom e a sua variação desencadeiam respostas motoras no ouvinte. O pm., na distância íntima próxima, expõe, à criança, a parte ventral do seu corpo, a qual assume uma função de envelope protetor, também conseguida noutras situações já descritas e de outras formas. A postura de joelhos, também já assinalada no

momento do toque anterior, na qual o pm. se coloca, de frente para a criança, com o olhar na direção do rosto dela, remete ambos para uma situação de igualdade quanto à disponibilidade corporal.

Aquando do sexto toque, a postura e o movimento são espelhados pelos dois indivíduos em interação, o que significa que se terá estabelecido um acordo entre os dois, de modo que terá havido um encurtamento da distância psicológica facilitadora da intervenção terapêutica. Os estados de espírito dos interactantes terão sido contagiantes. Goleman (1995) considera que a sua exibição é mutuamente copiada, através de um mimetismo motor inconsciente, da expressão facial, dos gestos, do tom de voz e de outros elementos não-verbais reveladores das emoções, terreno fértil à intervenção terapêutica que estava a acontecer. Também, neste sentido, Mira e Fernandes (2015) referem a importância de se estabelecer uma relação tónico-emocional empática, durante a intervenção terapêutica, por intermédio de modelos de comunicação não-verbal, pois são eles que, de uma forma analógica, transportam em si os signos em que tais emoções e sentimentos se codificam. No último e sétimo toque nos braços da criança, pelo pm., observou-se que este, afetuoso, conduz a criança a expressar emoções, promovendo a proximidade de ambos na interação, fazendo-a tocar o seu rosto, quando, pegando-lhe nos braços os conduz até lá. Os elementos prosódicos presentes desempenham, de fato, mais uma vez, uma função. Neste sentido, Mira (2003) refere que a voz é considerada um elemento da paralinguagem que transmite afeto que garante a relação. Também este autor refere as propriedades calmantes e intimistas do tom grave dos sons da fala que podem justificar as opções do pm., neste momento da sua ação. Na realidade, e parafraseando diversos autores (Ajuriaguerra, 1962; Jolivet, 1970; Joly, 2010), é a procura de uma motricidade em relação, de dois corpos em relação ou, melhor dizendo, de uma atividade lúdica em relação, que caracteriza a intervenção psicomotora.

As limitações impostas a este estudo advêm de uma falta de estruturas de investigação e de recursos tecnológicos que, não tendo estado à disposição dos investigadores, não lhes permitiram uma recolha e análise de dados de malha mais fina.

Sugerimos que a par deste estudo se investigue o toque nas mãos, o toque na cintura, o toque na cabeça, o toque nos pés, o toque nas pernas e o toque na barriga da criança, pelo psicomotricista, durante a intervenção terapêutica.

Conclusões

Após o estudo dos toques dados nos braços da criança, com PC, pelo pm., durante a intervenção terapêutica, concluímos o seguinte:

A maioria dos toques nos braços da criança, com hemiparesia, nesta intervenção psicomotora de vertente relacional, foram de tipo Instrumental/Afetivo. Os seus movimentos tiveram que ser, de alguma forma, semi-dirigidos, tendo como fio condutor o prazer da criança em realizá-los, através de brincadeiras viabilizadas, num ambiente de empatia relacional e de respeito pela livre iniciativa da criança. A existência desta maioria de toques de cariz afetivo (seis Instrumentais-Afetivos e um Afetivo), quando se poderia prever que, numa intervenção com uma criança com PC houvesse, e até mesmo predominasse o tipo de toque unicamente Instrumental, permite-nos admitir a hipótese de ser muito escasso, ou até mesmo inexistente este tipo de toque, em sessões de psicomotricidade. Com efeito, todos os toques tiveram a intenção de transmitir afeto positivo à criança, mesmo quando a finalidade era melhorar o aspecto funcional do movimento do braço direito.

Todos os toques, dados em ambos os braços, em simultâneo, foram sempre realizados para que a criança os movimentasse. Contudo, um, toque 6, teve a função de apoiar a criança para que se elevasse. Verificou-se que o predomínio da frequência total de toques incidu em ambos os braços em simultâneo, tendo sido tocados 4 vezes (duração total de 16 s). Um dos toques em ambos os braços teve maior duração que os outros (8 s). Este toque correspondeu à tipologia de toque Afetivo e operou-se com o objetivo de levar a criança, com as suas mãos, a acariciar a cara do pm. De ressaltar a correspondente maior duração deste toque Afetivo e a sua maior permanência no espaço íntimo da criança. A sua maior duração no tempo coincide, por exemplo, com a conclusão de um estudo sobre o significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes numa unidade de cuidados intensivos (Gala, Telles & Paes da Silva, 2003) em que se verificou que a maioria dos toques registados foram Instrumentais-Afetivos e que estes tinham uma duração um pouco maior (em média entre mais 3 a 6 segundos) do que os toques unicamente instrumentais. Os toques de componente afetiva durarão mais tempo do que os sem essa componente. Assim o indica a pesquisa que se relata. O braço esquerdo foi tocado 2 vezes, verificando-se que uma delas teve a maior duração (14 s). Este toque correspondeu à tipologia de toque Instrumental/Afetivo, pois o pm. esteve a inibir o movimento do braço esquerdo da criança, enquanto ela utilizava o braço direito, numa

brincadeira de atirar bolas pequenas.

O pm. nunca inibiu o braço direito da criança tendo, pelo contrário, tocado nele apenas para o movimentar. Os toques de inibição do movimento do braço esquerdo, o menos afetado, tiveram a finalidade de promover o movimento do braço direito.

O toque, mesmo sendo Afetivo, deve ser dado “nos devidos tempos, maneiras e proporções” Mira (2003), para que não seja invasivo e contraproducente face aos objetivos da intervenção psicomotora. Ele não poderá perder, pois, a sua função de facilitador da recuperação da função motora afetada e a sua função de promoção da criação e manutenção da relação entre pm. e criança, no caso.

O facto de os toques nos braços analisados terem uma componente afetiva (6) ou uma exclusividade afetiva (1), não nos parece estranho, pois que a afetividade neles expressa pode estar também relacionada com o facto de os braços, e mesmo as mãos, serem, na vida corrente, a parte privilegiada do corpo, nas cultura ocidental e norte-americana, para tocar o outro nas relações entre amigos do mesmo sexo (76 a 100%) e também entre mãe e filho (Knapp, 1995).

Referências bibliográficas

Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. *Revue Suisse de Psychologie Pure et Appliquée*, 21, 137-157.

Anzieu, D. (1985) *Le Moi-peau*. Paris: Editions Dunod.

Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do comportamento e aprendizagem*. Lisboa: Trilhos editora, Lda.

Carné, S. (2002). Os envelopes psíquicos e a clínica psicomotora. *Revista Ibero-americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 9-28. Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3745309>

Dantas, H. (2008). Brincar e trabalhar. In T. M. Kishimoto (Ed.), *O brincar e suas teorias* (pp. 111-153). São Paulo: Editora Cengage Learning.

Davis, F. (1979). *A comunicação não-verbal*. São Paulo: Editora Summus.

Dell'Acqua, M. C. Q., Araujo, V. A. & Silva, M. J. P. (1998). Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 17-22. Recuperado em 26 de

outubro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200004&lng=pt&tlng=pt.

Ekman, P., & Friesen, W.V. (2003). *Unmasking the face – a guide to recognizing emotions from facial expressions*. Cambridge, M.A.: Ed. Malor Books.

Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Finnegan, R. (2005). *Communicating: The multiple modes of human interconnection*. London: Routledge.

Finnegan, R. (2005). Tactile communication. In C. Classen (Ed.), *The book of touch* (pp.18-25). Oxford: Berg.

Gabarre, J. (2009). *O Rosto e a Personalidade - morfopsicologia*. Lisboa: editora Esfera dos Livros.

Gala, M., Telles, S., & Silva, M. (2003). Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 52-61.

Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Editora Temas e Debates.

Knapp, M. (1995). *La comunicación no verbal: El cuerpo y el entorno* (5ª ed.). Barcelona: Paidós.

Jolivet, B. (1970). De la relation en psychomotricité. *Perspectives Psychiatriques*, 29, 37-40.

Joly, F. (2010). Psychomotricité: Une motricité ludique en relation. In C. Potel (Ed.), *Psychomotricité: Entre théorie et pratique* (2ª ed., pp. 23-41). Paris: Editions Press.

Lapierre, A., & Aucouturier, B. (1984). *Fantasmas corporais e prática psicomotora*. Brasil: Editora Manole Ltd.

Llauradó, C. C. (2008). La observacion del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formacion del Profesorado*, 62(2), 123-154.

Lima, F.N.A., Andrade, L.T.W., Aguiar, M.A.M., & Madeiro, F. (2010). Recursos linguísticos prosódicos como facilitadores do desenvolvimento da linguagem na clínica fonoaudiológica do autismo. *Revista Investigações*, 23(2).

Lopes, R., Soares, M., Sá, L., & Câmara, V. (2009). Toque: Ferramenta terapêutica no tratamento geriátrico e gerontológico. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3), 402-412.

Martínez, P.M.R. (2008) El cuerpo de la maestra de preescolar y su papel en la formación de

los niños. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 47. Recuperado em 25 de novembro de 2015, de <http://www.rioei.org/rie47a06.htm>

Mehrabian, A. (1971). *Silent messages*. Belmont, California: Wadsworth Pub Co.

Messinger, J. (2009). *Le dico illustré des gestes: Plus de 1000 gestes et postures analysés*. Paris: Flammarion.

Mira, A. R. (2003). *Primeira impressão tida do professor: aspecto não-verbal e processo pedagógico*. Tese de Doutoramento para obter o título de Doutor, Instituto de Ciências de la Educación, Universidad de Extremadura, Badajoz, Espanha.

Mira, A., & Fernandes, J. (2015). *Comunicação não verbal na intervenção psicomotora*. In J. Fernandes & P. Gutierrez (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81-89). Rio de Janeiro: Wak Editora.

Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris: Editions du Seuil.

Navarro, J. (2008). *Verdade ou mentira?* Lisboa: Oficina do livro – Sociedade Editorial, Lda.

Oger-Stefanink, A. (1987). *La Communication c'est comme le chinois, cela s'apprend*. Paris: Ed. Rivages.

Pease, A., & Pease, B. (2012). *A linguagem corporal no trabalho* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Bizâncio.

Pinheiro, E., Rocha, I., & Silva, M. (1998). *Identificação dos tipos de toque ocorridos no atendimento de enfermagem de um serviço ambulatorial*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(3), 192-198.

Quillian, S. (2005). *A linguagem do corpo*. Lisboa: Editorial Estampa.

Ramos, A. P. & Bortagarai, F. M. (2012). *A comunicação não-verbal na área da saúde*. *Revista CEFAC*, 14(1), 164-170. Epub July 08, 2011. Recuperado em 26 de outubro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100019&lng=en&tlng=pt.

Rodrigues, G. I. (2007). *O corpo e a fala – comunicação verbal e não verbal na interação face a face*. *Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Espanha: Ediciones Algibe.

Sauter, D. (2006). *An investigation into vocal expressions of emotions: The roles of valence,*

culture and acoustic factors. PhD thesis, University College London.

Silva, M. J. P. & Castro, R. (2003). Influências del comportamiento comunicativo verbal y no verbal del docente en el aula - visión de los alumnos y docentes de enfermería. *Enfermería Global*, 0(3), 1-11.

Watson, W. (1975). The meaning of touch: Geriatric nursing. *Journal of Communication*, 25(3), 104-112.

Williamson, G.G., & Anzalone, E.M. (2001). *Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping children, young children interact with their environment*. Washington DC: Emily Fenichel.