

Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

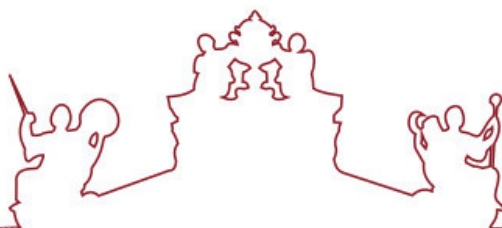
Dissertação

**Influência de uma intervenção terapêutica de toque -
massagem psicomotora na vivência corporal de pessoas com
esquizofrenia institucionalizadas.**

Rosa Maria de Jesus Ferreira

Orientador(es) | Guida Veiga
Constança Biscaia

Évora 2019



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

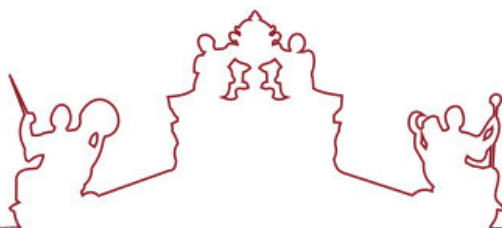
**Influência de uma intervenção terapêutica de toque -
massagem psicomotora na vivência corporal de pessoas com
esquizofrenia institucionalizadas.**

Rosa Maria de Jesus Ferreira

Orientador(es) | Guida Veiga

Constança Biscaia

Évora 2019



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

- Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)
- Vogal | Gabriela Sousa Neves de Almeida (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Guida Veiga (Universidade de Évora)

Agradecimentos

À Professora Constança Biscaia e à Professora Guida Veiga pelo saber, orientação e disponibilidade para a concretização deste trabalho;

Ao Diogo pelo o apoio incondicional, pela compreensão e carinho nas horas de maior angústia;

À Nicole e à Giselle pelo companheirismo, partilha e amizade neste percurso;

Por fim, à Gabriela pelo carinho, apoio e acolhimento em todas as fases deste percurso;

Obrigada!

Influência de uma Intervenção Terapêutica de Toque-Massagem Psicomotora na Vivência Corporal de Pessoas com Esquizofrenia Institucionalizadas

Resumo

Objetivo: compreender o impacto, o processo e a vivência corporal de toque-massagem psicomotora na pessoa com esquizofrenia institucionalizada, na perspectiva do participante e do psicomotricista. **Metodologia:** foi aplicado um programa de intervenção terapêutica com sessões bissemanais de toque-massagem psicomotora, a 4 indivíduos institucionalizados, durante 8 semanas. Foram analisados os efeitos da intervenção ao nível da consciência dos limites corporais, do diálogo tônico-emocional, da sua imagem corporal, das sensações de prazer e relaxamento. **Conclusões:** o toque-massagem psicomotora confere um impacto positivo nas vivências corporais na pessoa com esquizofrenia institucionalizada.

Palavras-chave: toque terapêutico; esquizofrenia; psicomotricidade; toque-massagem psicomotora; vivência corporal

Influence of a Touch-Psychomotor Massage Therapeutic Intervention on the Body Experience of Institutionalized Schizophrenic People

Abstract

Objective: To understand the impact, the process and the bodily experience of touch-psychomotor massage of institutionalized people with schizophrenia, from the participant and psychomotor perspective. **Methodology:** A therapeutic intervention program with biweekly sessions of touch-psychomotor massage was applied to 4 institutionalized individuals for 8 weeks. The impact of the intervention on the awareness of body limits, the tonic-emotional dialogue, body image, feelings of pleasure and relaxation were analyzed. **Conclusions:** The results showed that touch-psychomotor massage has a positive impact on bodily experience of institutionalized people with schizophrenia.

Keywords: therapeutic touch; schizophrenia; psychomotricity; touch-psychomotor massage; bodily experience.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas.....	xi
Introdução	1
1. Revisão de Literatura	4
1.1. O Toque	4
1.1.1. O Papel do Toque na Comunicação	5
1.2. Toque Enquanto Ferramenta Terapêutica.....	7
1.2.1. O Toque Terapêutico.....	8
1.2.2. Os Efeitos Bioquímicos e Psicológicos do Toque Terapêutico	10
1.2.3. Toque Terapêutico no Cuidar de Pessoas com Esquizofrenia	11
2. Metodologia	14
2.1. Objetivos do Estudo.....	14
2.2. Tipo de Estudo	14
2.3. Participantes.....	17
2.4. Instrumentos de Avaliação	17
2.4.1. Questionário da Percepção da Imagem Corporal.....	18
2.4.2. Image Mapping Procedure	19
2.4.3. Diferencial Semântico	20
2.5. Programa de Intervenção Terapêutica	21
2.6. Procedimentos	23

3. Vivências do Programa de Intervenção Terapêutica.....	25
3.1. Manuel.....	25
3.1.1. Apresentação e Anamnese	25
3.1.2. Avaliação Inicial	25
3.1.3. Vivência Terapêutica.....	26
3.1.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final	28
3.2. António	29
3.2.1. Apresentação e Anamnese	29
3.2.2. Avaliação Inicial	30
3.2.3. Vivência Terapêutica.....	31
3.2.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final	34
3.3. Carlos.....	34
3.3.1. Apresentação e Anamnese	34
3.3.2. Avaliação Inicial	35
3.3.3. Vivência Terapêutica.....	36
3.3.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final	38
3.4. Alexandre.....	39
3.4.1. Apresentação e Anamnese	39
3.4.2. Avaliação Inicial	39
3.4.3. Vivência Terapêutica.....	40
3.4.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final	42
4. Síntese e Discussão dos Resultados	43
5. Conclusão	49
6. Referências Bibliográficas	50
7. Anexos.....	xi
7.1. Anexo I - Plano de Sessão - Exemplo	xii
7.2. Anexo II - Consentimento Informado	xiii

7.3. Anexo III – Resultados da Avaliação Inicial e Final - Manuel	xv
7.4. Anexo IV – Resultados da Avaliação Inicial e Final - António	xviii
7.5. Anexo V – Resultados da Avaliação Inicial e Final – Carlos	xxi
7.6. Anexo VI – Resultados da Avaliação Inicial e Final – Alexandre	xxiv

Índice de Figuras

Figura 1 - Espiral de Ciclos da Investigação-Ação	16
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Pares de Adjetivos do Diferencial Semântico	21
Tabela 2 - Resultados do Questionário da Perceção da Imagem Corporal - Manuel.....	xv
Tabela 3 - Resultados do Diferencial Semântico - Manuel	xvi
Tabela 4 - Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - Manuel.....	xvii
Tabela 5 - Resultados do Questionário da Perceção da Imagem Corporal - António .	xviii
Tabela 6 - Resultados do Diferencial Semântico - António	xix
Tabela 7 - Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - António.....	xx
Tabela 8 - Resultados do Questionário da Perceção da Imagem Corporal - Carlos.....	xxi
Tabela 9 - Resultados do Diferencial Semântico - Carlos.....	xxii
Tabela 10 - Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - Carlos	xxiii
Tabela 11 - Resultados do Questionário da Perceção da Imagem Corporal - Alexandre	xxiv
Tabela 12 - Resultados do Diferencial Semântico - Alexandre.....	xxv
Tabela 13 - Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - Alexandre	xxvi

Lista de Abreviaturas

IMP – Image Mapping Procedure

IPC – Índice de Percepção Corporal

Introdução

Os distúrbios da imagem do corpo, nomeadamente da imagem corporal, são comuns na doença mental, designadamente, em indivíduos com esquizofrenia. Estes revelam alterações ao nível da vivência afetiva e percetiva do corpo. Mais especificamente nesta patologia é comum a existência de sensações corporais de desintegração e pensamentos e atitudes anormais em relação ao corpo (Cumming, 1988). A imagem corporal envolve aspetos cognitivos, afetivos e percetivos e tem sido associada a problemas internalizantes como a ansiedade e a depressão (Priebe & Rohricht, 2001). A imagem corporal está ligada as emoções e depende das representações criadas sobre o próprio corpo a partir da relação com o outro. Esta componente tem valor relacional e afetivo e influencia o valor emocional atribuído ao próprio corpo (Martins, 2001).

A institucionalização de indivíduos com doença mental é, muitas vezes, marcada por relações interpessoais pontuais e instrumentalizadas que se reduzem a cuidados institucionais, onde a presença do toque é mínima (MacLean, 2003). Esta privação de toque acarreta repercussões psicológicas significativas, quer pela diminuição da estimulação sensorial, quer pelo consequente desinvestimento corporal (Salzmann-Erikson & Eriksson, 2005). Como refere Field (2010) são vários os estudos que demonstram a importância, com efeitos positivos, do toque ao nível do desenvolvimento sócio emocional, físico e do bem-estar, nomeadamente, em indivíduos institucionalizados com resultados na diminuição da ansiedade, depressão e agressividade (Field, 2010) e pode, ainda, ser um unificador da unidade psicocorporal (Terasawa, 2004). Apesar das pessoas com esquizofrenia estarem pouco familiarizadas com o toque terapêutico e menos sensíveis à estimulação tátil, a massagem terapêutica parece ser eficaz (Urie, 2012).

A revisão da literatura mostra que o toque terapêutico é um importante mediador na saúde e bem-estar em indivíduos com esquizofrenia, sendo desta forma, o papel do terapeuta crucial. Nomeadamente, o trabalho ativo do terapeuta sobre o toque possibilita a valorização do corpo, a contenção e o diálogo tónico-emocional no indivíduo (André, Benavidès, & Giromini, 2004).

A Psicomotricidade constitui-se como uma terapia de mediação corporal que faz uso do toque como mediador para promover o bem-estar dos indivíduos, com o propósito de proporcionar a (re)estruturação das funções psicoafectivas associadas à aquisição da

função corporal, da consciência de si, da sua imagem corporal, ou seja, do envelope psicocorporal (Fernandes, 2015).

Em Psicomotricidade, o toque possibilita a entendimento tônico em todo o seu aspecto relacional e permite que, numa primeira instância, a pessoa comunique consigo mesma, sentindo o seu corpo acomodar os ritmos corporais, a voz, o olhar do outro que intervêm na relação terapêutica (Maximiano, 2004). A função tônica é central em psicomotricidade, pois o tónus é o primeiro meio de comunicação com o mundo e permite a expressão das emoções e do pensamento por meio do diálogo tônico-emocional (Martins, 2015).

O diálogo tônico-emocional é um processo de comunicação que parte da relação de sincronia entre o que é sentido por dois indivíduos em relação e integra, não só as sensações do próprio, mas também as do outro, pois com base em experiências anteriores há uma identificação com o outro e com as suas emoções, o que permite compreendê-lo. As interações precoces entre o bebê e a mãe, a partir das quais são criados os primeiros esquemas afetivos, fazem do diálogo tônico-emocional a primeira forma de comunicação da criança com o mundo (Martins, 2015).

Uma das grandes dificuldades no estudo do toque enquanto ferramenta terapêutica é a sua definição. Os estudos existentes sobre o toque terapêutico utilizam terminologias diferentes (e. g., toque terapêutico com transmissão de energia, massagem terapêutica, terapia de massagem, contacto físico, contacto pele-a-pele), não havendo ainda consenso sobre o termo mais adequado. Neste trabalho será usado o termo toque terapêutico e, quando for especificada a técnica de intervenção estudada, será usado o termo toque-massagem psicomotora.

O toque-massagem psicomotora é uma técnica de mediação corporal, aplicada no âmbito da intervenção psicomotora. Apesar da aplicação do toque-massagem psicomotora ser comum no âmbito da prática clínica, ainda não foi realizado um estudo compreensivo sobre a aplicação desta técnica em instituições de saúde mental, quer na perspectiva do paciente, quer na perspectiva do terapeuta.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar e aprofundar conhecimentos sobre a influência de uma intervenção terapêutica de toque-massagem psicomotora na vivência corporal de pessoas com esquizofrenia institucionalizadas, ao nível da consciência dos seus limites, do seu esquema corporal, da consciência do diálogo

tônico-emocional e das sensações de prazer e relaxamento.

Face ao exposto, a presente dissertação apresenta-se dividida em cinco capítulos, aos quais se antecedem o resumo em português e em inglês, os índices, as abreviaturas mencionadas ao longo do documento, e a introdução. O primeiro capítulo, apresenta a revisão de literatura constituído por dois subcapítulos principais, O toque e o toque enquanto ferramenta terapêutica – no primeiro subcapítulo contextualizamos o toque e o toque na comunicação; o segundo subcapítulo contextualiza o Toque enquanto ferramenta terapêutica, nomeadamente: o toque terapêutico, os efeitos bioquímicos e psicológicos do toque terapêutico e o toque terapêutico no cuidar de pessoas com esquizofrenia. O segundo capítulo faz referência à metodologia, em que se pretende descrever o objetivos e tipo de estudo, a caracterização dos participantes e dos instrumentos, o programa de intervenção, seguido dos procedimentos. O terceiro capítulo aborda as vivências do programa de intervenção terapêutica dos quatro participantes com exposição da apresentação e anamnese, avaliação inicial, a vivência terapêutica e a comparação entre os dados da avaliação inicial e final. O quarto capítulo centra-se na síntese e discussão dos resultados, devidamente analisados face à literatura consultada. O quinto capítulo está relacionado com as principais conclusões retiradas do estudo. Por fim, apresentamos a bibliografia, seguida dos anexos.

1. Revisão de Literatura

1.1. O Toque

A pele é o maior órgão dos sentidos, o mais eficiente protetor e sensível do corpo humano. Apontado como o primeiro, o mais primitivo meio de comunicação (Montagu, 1988).

De acordo com Montagu (1988), a pele tem várias funções, sendo a base recetora dos sistemas sensoriais, onde se localiza o mais delicado de todos os sentidos, o tato; é a origem, organização e processamento de informações; é mediadora de sensações; é a fronteira entre o organismo e o ambiente externo. A pele garante igualmente outras funções, designadamente, a manutenção do tônus e é o suporte para o conjunto das percepções e vivências do indivíduo, sendo o toque um dos cinco sentidos correspondentes à sensibilidade cutânea (Charpentier, 2014).

O toque promove um conjunto de sensações táteis que resultam na estimulação sensorial da pele (Fritz, 2000) sendo fundamentais para um desenvolvimento harmonioso da criança, na construção da personalidade e impactante para o comportamento humano em geral (Montagu, 1988). É através do toque que a criança explora o mundo físico e aprende as suas diferentes características (e.g., elasticidade, forma, nitidez, textura e temperatura). O tipo e frequência do toque que uma criança recebe nos primeiros anos da sua vida vai influenciar a forma como esta interage socialmente, com a família e com os pares (Field, 2014) e difere a nível cultural. Um estudo comparativo realizado por Field (1999), entre duas culturas, Europeia e Americana, verificou o tipo e a frequência do toque que os pais davam aos seus filhos em idade pré-escolar e concluiu que os pais franceses eram frequentemente mais afetuosos com seus filhos do que os pais americanos, ao mesmo tempo que as crianças francesas se mostravam menos agressivas do que as crianças americanas. Este estudo, evidencia a questão cultural e a frequência do toque, assim como a influência que o toque tem nos relacionamentos sócio afetivos das crianças.

As informações sensoriais vindas da pele através das interações do bebé com mãe, configuraram-se como protetoras e discriminatórias a nível emocional e da percepção do mundo externo, a pele estabelece assim um limite que separa o Eu do mundo externo (Williamson & Anzalone, 2001 *cit* por Mira & Fernandes, 2016). É neste sentido que Anzieu (2000) designou a noção de Eu-pele que figura como uma fronteira física e

psíquica. O Eu organiza-se à volta desta metáfora do Eu-pele e abarca as relações com o outro e a formação de um espaço psíquico essencial para a autonomização da criança (A. R. Mira & Fernandes, 2016). A identidade do indivíduo constrói-se através das sensações corporais (Montagu, 1988), que permite construir um sentimento de segurança interna do seu Eu-pele, permitindo-lhe estar consciente da sua unidade corporal (Charpentier, 2014), da sua individualidade e identidade (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018). E de acordo com Fernandes e colaboradores (2018, p. 705) *“A qualidade deste Eu-pele está diretamente relacionada com a qualidade dos jogos que a criança vivencia durante os cuidados maternos. Uma boa “maternage” permitirá a construção desta fronteira (Eu-pele) entre espaço exterior (continente físico) e espaço interior (continente psíquico), fundamental para a construção psicocorporal da criança”*. Assim as experiências sensoriais permitem a tomada *“de consciência do seu próprio corpo e, conseqüentemente, de descoberta progressiva do seu Eu, do seu espaço interior, ao mesmo tempo em que descobre a realidade, o seu espaço exterior.”* (Fernandes et al., 2018).

1.1.1. O Papel do Toque na Comunicação

Desde o ventre materno que as experiências do bebé em contacto com o corpo da mãe, constituem o primeiro e fundamental meio de comunicação, a primeira linguagem, a primeira forma de entrar em contacto com o mundo (Montagu, 1988). Primeiro com a mãe e depois com o Outro, o toque permite a descoberta, a tomada de consciência do corpo e gradualmente a capacidade de relacionamento com o mundo (Charpentier, 2014). Nos primeiros anos de vida, a comunicação é sobretudo tátil, não-verbal e estabelece-se pelo diálogo tónico-emocional expressando-se sobretudo pelo tónus, pela postura, pela gestualidade e pela mímica, mas, também, pelo olhar, pelas atitudes e pelo tom de voz (Martins, 2001; Charpentier, 2014).

O toque é um dos elementos mais importantes da comunicação não verbal e tem a capacidade de transmitir sensações agradáveis ou desagradáveis ao indivíduo. Deve ser compreendido como uma expressão que transpõe o contacto direto comum na relação íntima para obter uma dimensão tónico-emocional e representa a base de interações entre os indivíduos (Llauradó, 2008 *cit por* Mira & Fernandes, 2016). Contudo, existem alguns fatores relativos ao toque que podem interferir na compreensão da comunicação não verbal que se deve ter em consideração, nomeadamente, a idade, o sexo dos agentes de

comunicação, a cultura, a individualidade, a dinâmica e a regulação do espaço interpessoal (Finnegan, 2005 *cit por* Mira & Fernandes, 2016).

De acordo com Wallon (s.d., *cit por* Martins, 2015), as primeiras interações entre a mãe e o bebê formam as primeiras representações afetivas por associação com as reações tônico-emocionais na relação mãe-criança. Segundo Ajuriaguerra (s.d. *cit por* Martins, 2015, p.35) o *“diálogo tônico representa uma linguagem corporal da afetividade e das emoções, que contribui determinantemente para a aquisição do “corpo vivido”, através de experiências contentoras.”* É através desta comunicação tátil de mediação corporal que a comunicação baseada no corpo e no desejo surge e se desenvolve (Martins, 2015). O diálogo tônico-emocional é um processo de comunicação que parte da relação de sincronia entre o que é sentido por dois indivíduos em relação. Este integra, não só as sensações do próprio, mas também as do outro, pois com base em experiências anteriores há uma identificação com o outro e com as suas emoções, o que permite compreendê-lo (Martins, 2015).

O dialogo tônico-emocional é um elemento importante em psicomotricidade, pois tem por base o corpo e o desejo de estar em relação. O toque é um mediador por excelência para o psicomotricista, uma vez que possibilita entrar em relação com o indivíduo através do diálogo tônico permitindo a expressão do pensamento e das emoções, bem como a observação destes aspetos no outro, na postura, na mímica, na gestualidade, na exploração do espaço, na gestão da proxémia, no olhar, no toque, na voz e nos ritmos da pessoa, incluindo a respiração (Martins, 2015). Desta forma, a expressão de prazer e desprazer perante as emoções que surgem num espaço securizante, permite explorar as possibilidades de relação com o outro (Martins, 2001; Martins, 2015), mesmo quando não existe a verbalização das suas angústias, medos ou desejos. O diálogo tônico-emocional permite, ainda, a expressão do pensamento e das emoções, bem como a observação destes aspetos no outro, na postura, na mímica, na gestualidade, na exploração do espaço, na gestão da proxémia, no olhar, no toque, na voz e nos ritmos da pessoa, incluindo a respiração (Martins, 2015).

O psicomotricista está atento às manifestações corporais do sujeito (tom, mímica, aparência, respiração etc.) e também aos seus sentimentos (tristeza, medo, angústia) (Charpentier, 2014; Mira & Fernandes, 2015; Martins, 2001; Martins, 2015), ajustando o seu toque a essa leitura. Assim, o toque é um meio de comunicação entre o terapeuta e o indivíduo, mas também é o meio pelo qual o indivíduo pode desenvolver a sua

consciência, o seu Eu-corporal e envolver-se no seu meio (Charpentier, 2014).

1.2. Toque Enquanto Ferramenta Terapêutica

As técnicas terapêuticas baseadas no toque têm uma história de vários séculos. Durante vários anos a medicina convencional envolvia métodos de massagem, contudo, com a revolução farmacêutica nos anos 40 (Field, 1998) e as preocupações éticas levantadas sobre a combinação de terapias táteis e verbais (Kerty & Reviere, 1993 *cit por* Urie, 2012) fizeram com que as terapias baseadas no toque fossem retiradas dos cuidados de saúde convencionais e remetidas para as medicinas complementares/alternativas, associadas à cultura Oriental (Urie, 2012). Não obstante, o toque continua a ser utilizado com fins terapêuticos em vários contextos da saúde, nomeadamente na saúde mental e na gerontologia.

Vários estudos usaram o toque com fins terapêuticos. Nomeadamente, (Kim & Buschmann, 1999) estudaram os efeitos do toque em pacientes com demência e concluíram que o programa de intervenção baseado no toque teve como resultados uma diminuição da frequência cardíaca e dos níveis de ansiedade. Já Vaughan (1995) estudou os efeitos do toque terapêutico em pacientes com vários problemas de saúde, tendo revelado que, após dez minutos de contacto pele-a-pele com os terapeutas, os indivíduos ficaram mais relaxados e experienciaram um nível superior de bem-estar, o que terá contribuído para a diminuição da pressão arterial e do ritmo cardíaco.

Lindstrom (1995 *cit por* Salzmänn-Erikson & Erikson, 2005) e Sjøstedt (2001 *cit por* Salzmänn-Erikson & Erikson, 2005) afirmam que os doentes psiquiátricos têm uma forte necessidade de se sentirem reconhecidos quando sofrem de solidão e distantes de contextos sociais. Sjøstedt (1999 *cit por* Salzmänn-Erikson & Erikson, 2005) argumenta que o sentimento de reconhecimento, de uma forma real e concreta, envolve frequentemente uma troca de contacto físico.

Na intervenção terapêutica um dos cuidados a ter é a escolha do tipo de toque, este deve ser o mais adequado, para alcançar os objetivos pretendidos, uma vez que este irá influenciar as sensações percebidas pelo recetor (Fritz, 2000). Fritz, (2000) classifica o toque mecânico quando este é aplicado procura de um resultado anatómico ou fisiológico específico (e. g.: aumento da amplitude do movimento do ombro); já o toque expressivo é aplicado para dar suporte e comunicar consciência e empatia para a pessoa

enquanto um ser holístico, como por exemplo para dar prazer, conforto e relaxamento (Fritz, 2000). Esta categorização vai de encontro à classificação de Watson, (1975) quanto ao toque. Este classifica-o como: a) toque instrumental: o contacto físico intencional, essencial para a execução de uma tarefa específica e b) toque expressivo: contacto relativamente espontâneo e afetivo, não estando necessariamente relacionado a uma determinada tarefa física. Pinheiro e colaboradores (1998 *cit* por Mira & Fernandes, 2016) propõem mais uma tipologia de toque, além das propostas por Watson, nomeadamente, o toque expressivo-instrumental ou instrumental-expressivo que consiste numa combinação dos dois tipos de toque.

Através da breve exposição dos estudos supracitados podemos verificar que o toque é uma importante ferramenta terapêutica e é utilizada de diversas formas para atingir vários objetivos, sejam eles psicológicos, físicos ou de bem-estar.

1.2.1. O Toque Terapêutico

Uma das grandes dificuldades no estudo do toque enquanto ferramenta terapêutica é a sua definição e a falta de critérios de ação terapêutica do toque (Veiga, Hillenbrand, & Pereira, 2019). Existem várias abordagens no que respeita o toque terapêutico, distinguindo-se essencialmente pela sua orientação terapêutica. Os estudos existentes sobre o toque terapêutico utilizam terminologias diferentes (e.g., toque terapêutico com transmissão de energia, massagem terapêutica, terapia de massagem, contacto físico, contacto pele-a-pele), não havendo ainda consenso sobre o termo mais adequado.

Sendo o toque um mediador por excelência utilizado na intervenção psicomotora o toque terapêutico desenvolvido neste estudo, baseia-se na premissa da revalorização do corpo, a contenção e o diálogo tónico-emocional do indivíduo (André et al., 2004). Os objetivos do toque terapêutico são promover o bem-estar, reestruturar as sensações corporais e incentivar um reinvestimento corporal por um relaxamento muscular e por uma estimulação sensorial (tato, proprioceção), um diálogo tónico-emocional e outros fenómenos psicocorporais (apaziguamento, autoconsciência, entre outros). Esta perspetiva de toque terapêutico distancia-se e diferencia-se, da abordagem seguida por massagistas, fisioterapeutas e outros terapeutas da área da reabilitação física, uma vez que os objetivos dessa mediação são muito diferentes (Kerillis, 2013).

Charpentier (2014) defende que as práticas corporais numa abordagem da intervenção psicomotora que utilizam o toque são diversas e apresenta-nos diferentes tipos de toque: o toque-relaxação, o toque-envelopamento, e por fim, o toque-massagem psicomotora (Veiga et al., 2019).

No toque-relaxação há sobretudo um investimento no relaxamento neuromuscular e mental, assim como na tomada de consciência das tensões físicas e psíquicas por meio de mobilizações passivas ou por meio de sons (Charpentier, 2014; Veiga et al., 2019).

No toque-envelopamento o indivíduo é envolvido por um tecido (manta ou lençóis) até ao pescoço e é-lhe efetuado o toque, com recurso à verbalização e olhar(es) do(s) técnico(s), em sincronia (Charpentier, 2014; Veiga et al., 2019).

E por fim o toque-massagem psicomotora baseia-se na aplicação sequencial do toque, seguido de microestiramentos e de mobilizações passivas por todo o corpo, exceto zonas erógenas, com um toque lento e meticuloso, enfatizando as extremidades e os pontos de fixação muscular através de mobilizações passivas e deslizamentos com ligeiras pressões nas extremidades dos membros superiores e inferiores (Charpentier, 2014; Roque, Veiga, & Pereira, 2016; Veiga et al., 2019).

Numa perspetiva francófona e no âmbito da intervenção psicomotora este estudo foca uma técnica específica de toque terapêutico, denominada por toque-massagem psicomotora (Charpentier, 2014; Roque et al., 2016; Veiga et al., 2019) que neste estudo se apresentará por toque-massagem psicomotora. Este reforça a unidade psicocorporal do indivíduo proporcionando um contacto contentor, envelopante e estruturante. Promove, ainda, a consciência do envelope psicocorporal e possibilita um relaxamento neuromuscular pela contínua consciencialização progressiva das tensões corporais e psíquicas e pelo surgimento de sensações novas e agradáveis (Charpentier, 2014). Como uma prática terapêutica centrada no corpo, o toque-massagem psicomotora envolve intrinsecamente uma exploração das respostas somáticas, o que pode ser uma prática profundamente benéfica em que a pessoa tem tempo para “ouvir” o seu corpo, prestar atenção às suas sensações, investigar a relação entre estados emocionais e somáticos e o seu *Eu* físico que está a experienciar.

O toque-massagem psicomotora, assim como outras abordagens, requerem de um espaço terapêutico designado por *setting terapêutico*. Este é um contexto específico, onde o local, a hora e a frequência devem ser respeitados, figurando-se como um espaço de

escuta, de compromisso entre o indivíduo e o terapeuta que desenvolvem uma relação de confiança (Charpentier, 2014). Estes protocolos são necessários num encontro terapêutico, uma vez que, segundo Charpentier (2014), toca-se mais do que um corpo, toca-se o *Eu* do indivíduo, que entra em comunicação com o *Eu* do terapeuta. O toque perde desta forma o seu ato mecanicista para passar a ser uma forma de interação e de comunicação entre o indivíduo e o terapeuta, o que implica um psicomotricista com uma formação psicocorporal e clínica diferenciada, bem como supervisão regular da sua prática psicomotora.

1.2.2. Os Efeitos Bioquímicos e Psicológicos do Toque Terapêutico

Vários estudos documentaram efeitos fisiológicos e bioquímicos positivos do toque, incluindo diminuição da pressão arterial e frequência cardíaca, bem como diminuição dos níveis de cortisol e aumento dos níveis de ocitocina (Heinrichs, Baumgartner, T. Kirschbaum, & Ehlert, 2003; Henricson, Berglund, Maatta, Ekman, & Segesten, 2008). A diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca foram observadas em pessoas que receberam dos seus parceiros um abraço de 20 segundos e que lhes seguraram na mão antes de uma condição de *stress* (falar em público) (Grewen, Anderson, Girdler, & Light, 2003 *cit por* Field, 2010). Um outro estudo comparou dois grupos de mulheres expostas a uma situação de *stress*, um grupo recebeu massagens no pescoço e nos ombros, seguida de uma conversa de apoio do companheiro e o outro grupo apenas teve conversas de apoio do companheiro (Ditzen et al., 2007 *cit por* Field, 2010). Verificou-se neste estudo que as mulheres que receberam a massagem do parceiro antes da condição de *stress* apresentaram valores significativamente mais baixos de frequência cardíaca, assim como níveis mais baixos de cortisol, demonstrando os efeitos positivos do toque na fisiologia e bioquímica das mulheres em situação de *stress*. Num outro estudo com pessoas com demência, realizado por Kim e Buschmann (1999) foram estudados os efeitos do toque e verificou-se a diminuição da frequência cardíaca e da ansiedade. A melhoria do sistema imunológico foi também observada, em estudos do toque terapêutico, devido ao aumento das células *natural killer* que protege o sistema imunológico de células virais e cancerígenas (Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2007). Embora as alterações sejam únicas para cada condição clínica que beneficia do toque

terapêutico, como por exemplo, os níveis de glicose nos diabetes e as funções pulmonares na asma, parece haver algumas alterações comuns tais como a diminuição da depressão e níveis de cortisol, a melhoria do sono e o aumento dos níveis de serotonina e dopamina (Field et al., 2007)

Ao nível psicológico o toque pode ser um unificador da identidade psicocorporal (Terasawa, 2004) e tem um efeito positivo em indivíduos com esquizofrenia, nomeadamente ao nível da diminuição da ansiedade (André, Benavidès & Giromini, 2004), em indivíduos com depressão e com agressividade (Field, 2010). Num estudo realizado por Salzmänn-Erikson e Eriksson (2005) os indivíduos com doença mental verbalizaram que sentem vontade de tocar e de ser tocados e procuram situações de interação através do toque. Esta experiência do toque permite-lhes vivenciar um nível existencial mais profundo, sentimento de integração e reconhecimento pelo outro (Salzmänn-Erikson & Eriksson, 2005).

É importante salientar que o efeito do toque aparenta ser determinado por um conjunto de fatores, incluindo a qualidade do relacionamento, a qualidade do toque dado e as diferenças individuais em como ele é percebido. Por exemplo, alguns participantes do estudo de Salzmänn-Erikson e Eriksson (2005) afirmaram que quando tinham um bom relacionamento com uma enfermeira, o seu toque era entendido como caloroso, real e compassivo, mas quando o toque não era bem-vindo ou dado por uma enfermeira que eles não conheciam bem, sentiram inferioridade e medo. É também provável que haja diferenças individuais em como o toque é percebido. Assim, o mesmo tipo de toque pode afetar uma pessoa com aversão ao toque de forma muito diferente de alguém que gosta e se sente à vontade de ser tocado (Gulledge, Hill, Lister, & Saillion, 2007).

1.2.3. Toque Terapêutico no Cuidar de Pessoas com Esquizofrenia

Para melhor se compreender a aplicação do toque enquanto ferramenta terapêutica no cuidar de pessoas com esquizofrenia, é importante primeiro expor algumas noções fundamentais sobre a esquizofrenia.

A esquizofrenia é um conjunto de sinais e sintomas de etiologia desconhecida, em que o principal marcador é a psicose. Na sua apresentação mais comum, surge no adolescente ou no adulto jovem (World Health Organization, 2017) sob a forma de

alterações do pensamento, da percepção, do comportamento e das emoções. O discurso pode apresentar-se desorganizado, repetitivo ou incompreensível; as respostas emocionais podem estar diminuídas e a distinção entre a realidade e fantasia pode estar comprometida (American Psychiatric Association, 2014; Urie, 2012). Classicamente, os sintomas dividem-se em duas categorias: sintomas positivos caracterizam-se pela presença de delírios (convicções erradas) e alucinações (sensação real de um estímulo que não existe); e sintomas negativos caracterizam-se pelo isolamento social, apatia, falta de energia, motivação e de interesse nas atividades da vida diária (American Psychiatric Association, 2014; Dalgalarondo, 2008). A esquizofrenia pode ser altamente incapacitante, podendo afetar de modo expressivo o contexto familiar, sócio-afetivo e profissional do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014).

Na literatura psiquiátrica, Bleuler (1911 *cit por* Arantes-Gonçalves, 2014) fez referência à existência de perturbações na experiência corporal nos indivíduos com esquizofrenia (Priebe & Rohricht, 2001; Arantes-Gonçalves, 2014). Desde então, este sintoma passou a estar presente na definição desta patologia. Bleuler (1911 *cit por* Arantes-Gonçalves, 2014) realçou também a importância clínica das perturbações heterogêneas da experiência corporal na esquizofrenia e considerou-as como sintomas característicos e frequentes, da doença. Adicionalmente, Kraepelin (1913, *cit por* Priebe & Rohricht, 2001) refere a presença sensações corporais diversas como outra ocorrência relevante e comum na esquizofrenia (Priebe & Rohricht, 2001). Segundo Priebe & Rohricht (2001) os indivíduos com esquizofrenia padecem de sintomas de desagregação corporal, isto é, a sensação (ou a percepção) de não se sentirem no seu próprio corpo, sentindo-o fragmentado. Podem apresentar, também, sensações corporais patológicas, assim como ideias e atitudes pouco comuns sobre o próprio corpo (Priebe & Rohricht, 2001). Vancampfort e colaboradores (2012) mencionam que as pessoas com esquizofrenia também sofrem frequentemente distúrbios da experiência corporal, o que pode ocorrer durante uma fase psicótica aguda ou durante um período de remissão.

Na esquizofrenia a dificuldade de distinguir e aceitar os limites do corpo parece provocar um sentimento de desintegração do mesmo. O indivíduo com esquizofrenia sente que não “ocupa” o seu corpo, sentindo-o em frações, existindo divergências nas percepções do que é externo e interno; do objetivo e subjetivo; e do percebido e do que é projetado” (Amparo & Antúnez, 2012).

Priebe e Rohricht (2001) investigaram o desenho do corpo de pessoas com esquizofrenia e concluíram que os indivíduos com esquizofrenia representam um corpo incompleto, desintegrado, subvalorizando ou sobrevalorizando a dimensão do mesmo, manifestando uma imprecisão da percepção do tamanho do corpo e dos seus limites. Os autores concluíram ainda, que os distúrbios na percepção do tamanho do corpo são sinais comuns de uma perturbação da noção do corpo em pessoas com esquizofrenia (Priebe & Rohricht, 2001), a par das alterações das sensações corporais, dos pensamentos anormais e atitudes em relação ao corpo (Cumming, 1998).

Um dos primeiros estudos acerca das evidências sobre a provável eficácia da massagem terapêutica em pessoas com esquizofrenia, em contexto das terapias baseadas no toque em cuidados de saúde, é de autoria de Andres, Bellwald & Brenner (1993). O referido estudo examinou a eficácia da massagem terapêutica em pessoas com esquizofrenia, tendo demonstrado que uma intervenção combinada de massagem terapêutica com movimento e exercícios respiratórios reduzem significativamente a excitação fisiológica e as avaliações subjetivas do bem-estar melhoram consideravelmente. Os mesmos autores concluíram que houve melhoria da consciência corporal, redução da ansiedade e da depressão, proporcionando alívio temporário dos distúrbios do movimento causados pela medicação antipsicótica que a massagem terapêutica com recurso ao toque melhorou a sua qualidade de vida e, ainda, que de forma não muito significativa, reduziu os sintomas da esquizofrenia.

Num estudo realizado por Salzmann-Erikson & Erikson (2005) os indivíduos com esquizofrenia verbalizaram que sentem vontade de tocar e de ser tocados e procuram situações de interação através do toque. Esta experiência do toque permite-lhes vivenciar um nível existencial mais profundo, sentimento de integração e reconhecimento pelo outro (Salzmann-Erikson & Erikson, 2005).

Um estudo de revisão sistemática realizado por Urie (2012) sobre o uso do toque terapêutico com pessoas com esquizofrenia, revelou evidências científicas da redução dos sintomas psiquiátricos após o toque terapêutico e a redução dos sentimentos de ansiedade e de *stress* após o relaxamento muscular progressivo. Todavia, os autores referem que as evidências do toque terapêutico no que se refere à redução de sentimentos de ansiedade e de *stress* e ao nível das técnicas direcionadas para o corpo na redução dos sintomas negativos são ainda limitadas. Não obstante, a autora aponta alguns estudos qualitativos que sugerem que o toque reduz consideravelmente o *stress* em pessoas com esquizofrenia.

2. Metodologia

2.1. Objetivos do Estudo

Na sequência do enquadramento teórico, o presente estudo tem como objetivo principal analisar e aprofundar conhecimentos sobre a influência de uma intervenção terapêutica de toque-massagem psicomotora na vivência corporal de pessoas com esquizofrenia institucionalizadas, ao nível:

- Da consciência dos seus limites;
- Do seu esquema corporal;
- Da consciência do diálogo tónico-emocional;
- Das sensações de prazer e relaxamento.

Procurou-se não só a compreensão do impacto do toque-massagem psicomotora na pessoa com esquizofrenia, mas também, compreender o processo, a vivência do toque-massagem psicomotora quer na perspetiva do participante, quer na perspetiva do psicomotricista.

2.2. Tipo de Estudo

Como suporte a este estudo de investigação foi adotada uma metodologia qualitativa de investigação-ação.

A metodologia qualitativa é uma abordagem que questiona e investiga a natureza dos fenómenos. Estuda as pessoas nos seus ambientes naturais. Este tipo de investigação procura compreender o que pensam e sentem as pessoas, a partir das suas representações. Os estudos qualitativos descrevem fenómenos complexos recorrendo a amostras pequenas, espelhando experiências subjetivas, comportamentos e atitudes (Saraiva & Cerejeira, 2014). Esta metodologia destaca-se pela de produção dos dados a partir da recolha de informação através observação direta de pessoas, lugares ou procedimentos, em que o investigador tem uma interação presencial para entender as ações estudadas (Pope & Mays, 2005).

No que concerne à investigação-ação, este é uma metodologia de investigação que assume uma profunda relevância no seio da investigação social, pelo facto de possibilitar a recolha dos dados necessários para responder ao problema de investigação, tendo como propósito melhorar a qualidade da ação dentro dessa mesma ação (Elliot, 1993, *cit* por Coutinho et al., 2009). É uma metodologia de pesquisa muito ligada à prática que visa a resolução de problemas reais. Esta forma de investigar detém um duplo objetivo: o de ação, através da qual se obtém a mudança numa comunidade, organização ou programa e o de investigação, que possibilita aumentar a compreensão das situações por parte do investigador, do participante e da comunidade. O propósito fundamental da investigação-ação é melhorar e compreender as práticas e a situação onde elas têm lugar, com a finalidade de explicá-las (Latorre, 2003). Desta forma, é necessário ter “estratégias de ação” para se adotar de acordo com as necessidades e circunstâncias (Coutinho et al., 2009, p.365).

A investigação-ação pretende unir a investigação à ação ou prática, isto é, ser agente promotor de conhecimento e compreensão através da prática. É uma forma de se fazer investigação em contextos, no qual o investigador é também, uma pessoa da prática, que deseja melhorar a compreensão desta prática, através de um processo reflexão que intercede na investigação, na ação e na formação da própria prática (Bartalomé, 1986, *cit* por Coutinho et al., 2009).

Latorre (2003) menciona que é na intersecção entre os aspetos teóricos e a ação concreta que emerge o carácter cíclico da investigação-ação, ou seja, em que o processo cíclico ou em espiral intercala a ação e a reflexão crítica. Os ciclos seguintes aperfeiçoam-se os métodos, os dados e a interpretação realizada através da experiência, alcançada no ciclo antecedente. Deste modo, no ciclo de investigação-ação ocorre um conjunto de fases que se desenvolvem continuamente, assumindo uma sequência, nomeadamente: a planificação, a ação, a observação (avaliação) e a reflexão (teorização) (Coutinho et al., 2009, p.366). Em conformidade com os mesmos autores, este carácter cíclico compreende uma espiral de ciclos, onde as descobertas iniciais originam as possibilidades de modificações, implementadas e avaliadas como início do ciclo representado na figura 1.

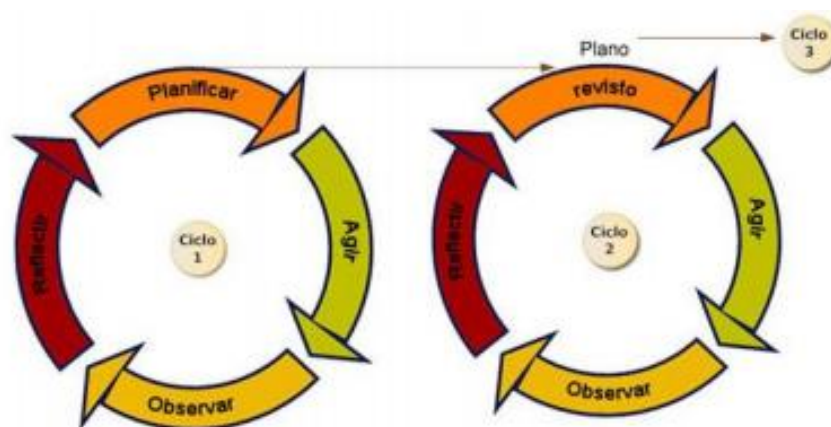


Figura 1 - Espiral de Ciclos da Investigação-Ação
 Fonte: Adaptado de Coutinho et al. (2009, p. 366)

Assim sendo, está-se perante um contínuo cruzamento teórico-prático. O “conjunto de procedimentos em movimento circular inicia um novo ciclo que, por sua vez, despoleta novas espirais de experiências de ação reflexiva” (Coutinho et al., 2009, p.366), como apresentado na Figura 1. Deste modo, está a desenvolver-se um projeto de ação, que, ao querer alcançar a melhoria de uma determinada prática, prossegue para a execução do plano de forma propositada e controlada. Ao longo da ação, o investigador vai analisando os resultados da própria ação por meio da recolha de evidência, fazendo uso de várias técnicas e instrumentos de recolha de dados; na fase subsequente à ação, ocorre o debate reflexivo acerca dos efeitos da mesma, para que se reconstrua o sentido da situação-problema que está subjacente à investigação e, tendo por base o trabalho feito, deve proceder-se à revisão do plano delineado e iniciar-se um novo ciclo de investigação-ação (Coutinho et al., 2009).

De modo a perceber-se os “ciclos de ação reflexiva”, Kurt Lewin, referenciado por Coutinho et al. (2009, p.367), postula “que uma investigação parte sempre de uma ideia geral” tendo por base uma questão ou obstáculo pertinente acerca do qual é delineado um plano de ação, devendo proceder-se a verificação, a uma avaliação da sua potencialidade e dos seus constrangimentos para se prosseguir para a ação, seguida de uma verificação dos seus resultados. A seguir a esta etapa, o investigador procede a uma nova avaliação do plano inicial em conformidade com os dados de informação colhidos e traça a etapa seguinte a partir desta fase.

A escolha desta metodologia deve-se ao seu carácter essencialmente prático e reflexivo, em que o investigador é parte integrante do contexto de ação e visa dar resposta

ao objetivo deste estudo, permitindo melhorar e/ou modificar a prática, ao mesmo tempo que procura um melhor entendimento da referida prática.

2.3. Participantes

Os participantes deste estudo são adultos com diagnóstico de esquizofrenia que frequentam um centro de atividade ocupacionais no Distrito de Aveiro. Desta população foram selecionadas cinco pessoas com diagnóstico de esquizofrenia para esta amostra, sendo que uma das pessoas selecionadas não aceitou participar no programa. Utilizaram-se como critérios de inclusão para o presente estudo:

- Idade superior a 21 anos e inferior a 65;
- Diagnóstico clínico de Esquizofrenia;
- Estar institucionalizado há pelo menos 6 meses;
- Não manifestar comportamentos de erotização.

A seleção dos participantes careceu de um levantamento das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que respeitavam os critérios de inclusão, tendo-se tido também em conta a disponibilidade, curiosidade e interesse manifestado pelo programa que nos propúnhamos realizar. Obteve-se uma população-alvo de quatro participantes, do sexo masculino.

É de referir que, para se poder referenciar os participantes ao longo da dissertação, mantendo o seu anonimato, foi atribuído a cada um deles um nome fictício.

2.4. Instrumentos de Avaliação

Precedido à aplicação dos instrumentos de avaliação foram recolhidas informações anamnésicas juntas da equipa técnica da instituição sobre os participantes. De salientar que estas informações são vagas, não havendo muitos dados registados e disponíveis antes da sua integração na instituição, sendo parte desta informação recolhida com o participante e os seus cuidadores.

Seguidamente são apresentados e descritos os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo de investigação nas suas diferentes fases: pré-intervenção (avaliação inicial), intervenção e pós-intervenção (avaliação final), com cada um dos participantes.

A avaliação foi realizada por testes padronizados, designadamente, o *Questionário da Percepção da Imagem Corporal* para avaliação da imagem corporal e o *Image Mapping Procedure* para avaliação do esquema corporal. Estes instrumentos foram aplicados a cada participante na fase inicial e final do conjunto de sessões realizadas, para se identificarem eventuais mudanças motivadas pela intervenção psicomotora. Após cada sessão de toque-massagem psicomotora e no final do programa de intervenção procurou-se sempre ter um diálogo, de partilha e reflexão sobre a forma como a pessoa se sentia e como tinha vivenciado a massagem. No sentido de perceber essa mesma vivência foi ainda utilizado um diferencial semântico.

Apresentam-se de seguida os instrumentos utilizados na avaliação, inicial e final, com cada um dos participantes.

2.4.1. Questionário da Percepção da Imagem Corporal

O Questionário da Percepção da Imagem Corporal, traduzido e validado por Vasconcelos (1995), foi desenvolvido por Bruchon-Schweitzer (1987). Este questionário pretende avaliar as percepções, os sentimentos e as atitudes incutidas pelo próprio corpo.

Compreende 19 pares antónimos de adjetivos, sendo pedido ao indivíduo que indique em cada par, da lista que lhe é apresentada, qual o lado que mais se adequa à forma como considera o seu corpo. O sujeito deve assinalar com uma cruz, a coluna que melhor se aplica a si.

Foi utilizada uma escala de Likert com 5 pontos, na qual 1 corresponde ao elemento "negativo" do par (em má saúde; fisicamente não atrativo; fonte de desprazer; masculino;) quando a escolha era “Muito frequentemente” e 5 ao seu antónimo, isto é, ao elemento "positivo" do par (em boa saúde; fisicamente atrativo; fonte de prazer; feminino;) quando a escolha era “Muito frequentemente” (Vasconcelos, 1995).

2.4.2. Image Mapping Procedure

O *Image Mapping Procedure* (IMP) é um teste projetivo baseado no estímulo tátil direto que avalia a percepção do esquema corporal, sendo possível verificar as alterações entre a imagem real e percebida (Fonseca et al., 2012). O IMP foi inicialmente proposto por Askevold (1975), mas no presente estudo foi utilizado o protocolo descrito e alterado pelo grupo de estudo do Laboratório de Percepção Corporal e Movimento (Thurm et al., 2013; Fonseca et al., 2012; Segheto, Silva & Gama, 2011).

Para avaliar o esquema corporal por meio do IMP e garantir a fiabilidade dos procedimentos, procedeu-se à sinalização com uma etiqueta nas regiões corporais - ápice da cabeça, ombro, cintura e anca - para que fossem sempre tocados no mesmo ponto. Seguidamente, os indivíduos permanecem em posição ortostática de frente para uma folha de papel kraft (1,5m x 1m), fixada na parede, a uma altura de um palmo acima da cabeça do sujeito. A distância do indivíduo até à parede é determinada pelo comprimento do membro superior do indivíduo semifletido, de modo que a sua mão toque na parede. O teste é efetuado com o indivíduo de olhos tapados com uma venda e é-lhe pedido que imagine que está em frente a um espelho. Em seguida, o indivíduo é tocado nos pontos de referência predeterminados e marcados com uma etiqueta e é orientado a apontar na parede, com o membro do respetivo lado que está a ser tocado, a projeção desse ponto. Cada ponto percebido é registado na folha de papel. Este procedimento é repetido 3 vezes.

Em seguida, o avaliador pede ao indivíduo para dar um passo em frente, de modo a ficar junto à parede e marca a posição real dos pontos tocados. Originalmente, segundo o protocolo de Askevold (1975), a marcação dos pontos reais era realizada colocando o sujeito de costas para o papel, porém nesta posição obtêm-se marcações contrárias em relação ao lado direito e esquerdo. Por isso, no protocolo descrito e modificado pelo grupo de estudo do Laboratório de Percepção Corporal e Movimento (Thurm et al. 2013), mantém-se o sujeito de frente para o papel a fim de marcar os pontos reais. Esta marcação é realizada com a ajuda de uma régua em forma de “L” e um marcador vermelho. Coloca-se uma das extremidades da régua sobre a etiqueta correspondente ao ponto que se pretende medir e, fazendo um ângulo de 90° entre a outra extremidade da régua e a parede, é assinalado no papel a localização da medida real desse mesmo ponto.

Para fins de análise, após a marcação dos pontos percebidos e dos pontos reais, mede-se a distância destes pontos em relação à largura (distância entre o lado direito e o

lado esquerdo) e à altura (do solo até a indicação do ponto) para todas as medidas realizadas (percebida e real). Com base nas distâncias, é calculada a média dos pontos e, em seguida, o Índice de Percepção Corporal (IPC), para cada uma das regiões corporais, através da seguinte fórmula: $IPC = (\text{média das 3 tentativas para o tamanho percebido} / \text{tamanho real}) \times 100$. Após a determinação do IPC, para cada região corporal, foi efetuado o cálculo do IPC geral com base na média do IPC da altura da cabeça, da largura do ombro, da largura da cintura e da largura do trocânter. O resultado é expresso em percentagem (>100% ou <100%) e indica o quanto difere a percepção do indivíduo do tamanho real.

2.4.3. Diferencial Semântico

O diferencial semântico é um instrumento de avaliação psicológica criado por Osgood, Suci e Tannenbaum, (1957) que avalia a percepção afetiva que cada pessoa dá o dá a algo, avaliado por uma escala bipolar de adjetivos opostos, alternados por cinco níveis de resposta: “muito”, “mais ou menos no sentido positivo, sendo que estes três níveis estão à mesma distância e simetricamente separados por um nível intermédio, chamado neutro, sendo o “nem um nem o outro” a partir do qual outros dois níveis: “muito”, “mais ou menos”, direcionam-se no sentido negativo. É uma escala aberta de grande flexibilidade, que se adequa a finalidade da metodologia em causa.

Tendo em conta as características que o discurso das pessoas com esquizofrenia, breve e pobre (Coelho & Palha, 2006), elaborou-se uma escala de diferencial semântico, composta por um conjunto de 13 pares de adjetivos opostos considerados oportunos para a caracterização das sensações físicas e emocionais dos participantes, como o exposto tabela 1.

O diferencial semântico pretendeu ver refletida a forma como os participantes se sentiam naquele momento, após cada sessão de toque-massagem psicomotora; e como vivenciaram a mesma, espelhando a percepção dos seus sentimentos, estados de humor e estado físico.

Tabela 1 - Pares de adjetivos do diferencial semântico

	Positivos	Negativos
Como me sinto agora...	Alegre	Triste
	Bem-disposto	Maldisposto
	Descontraído	Contraído
	Relaxado	Tenso
	Sem dores físicas	Com dores físicas
	Calmo	Nervoso
	Sereno	Inquieto
Como senti a massagem...	Leve	Pesado
	Respeitador	Invasivo
	Agradável	Desagradável
	Suave	Áspero
	Rápido	Lento
	Confortável	Desconfortável

2.5. Programa de Intervenção Terapêutica

De acordo com os objetivos do presente estudo, foi delineado um programa de intervenção terapêutica de toque-massagem psicomotora, que se desenrolou em três fases: avaliação inicial, intervenção e avaliação final, acompanhadas de momentos reflexivos. O programa de intervenção terapêutica teve a duração de 8 semanas, com uma frequência bissemanal de toque-massagem psicomotora, com uma duração aproximada de 30 minutos. As sessões foram realizadas individualmente, num espaço tranquilo e securizante, evitando-se a mudança de espaços e materiais. O programa de intervenção terapêutica foi implementado por uma psicomotricista, com mais de dez anos de experiência laboral, aluna finalista do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, que recebeu formação específica sobre o programa de intervenção e cuja prática foi regularmente supervisionada.

Foi realizada uma avaliação inicial individualmente a cada participante, em sessões de, aproximadamente, de 20 a 35 minutos, na sala de Psicomotricidade da instituição. Este espaço é familiar para os participantes, sendo um ambiente silencioso,

sem elementos distratores ou estímulos externos, permitindo promover um espaço de confiança e de entrega naquele momento. A referir que a investigadora tem uma relação prévia e de confiança com os participantes do estudo, fomentando um ambiente seguro, de escuta, cumplicidade e confiança.

As sessões seguiram uma estrutura comum na prática psicomotora (Anexo I) fundamentada por Aragón (2006) e Aucouturier, (1993) constituída por três momentos: *Momento inicial ou ritual de entrada*, em que o psicomotricista recebe o participante. Este momento tem a finalidade de captar a atenção do participante para o início da sessão, podendo recordar sessões anteriores e definindo o que será feito na sessão; *e a sessão propriamente dita*, isto é, o momento onde é realizada o toque-massagem psicomotora; e por fim, *o momento final ou ritual de saída*, em que o participante expõe as suas vivências através de um diálogo final/reflexivo.

O método foi aplicado com o participante em decúbito dorsal e vestido com roupas confortáveis. Após a sua devida acomodação deu-se o início ao toque-massagem psicomotora com um toque suave, mas demorado, na nuca, anunciando o início do toque-massagem psicomotora. Depois deste primeiro contacto, iniciou-se a fase principal da sessão terapêutica com a aplicação de toque-massagem psicomotora, que pressupõe a aplicação sequencial de toque lento e suave, seguido de microestiramentos e de mobilizações passivas dos segmentos calmamente. Todos os contactos (toque, microestiramentos e mobilizações passivas) começaram e terminaram com uma breve contenção das extremidades dos segmentos. No final, foi feita uma contenção de todo o corpo.

Planeou-se a intervenção de forma a que, após cada sessão de toque-massagem psicomotora, o participante dispusesse de algum tempo para si, para poder integrar as sensações proporcionadas pela intervenção. Após este momento criou-se um espaço de diálogo que se focava nas vivências do participante durante e após a aplicação do toque-massagem psicomotora. Este foi conduzido por um diferencial semântico. Com este espaço de diálogo, pretendeu-se compreender as vivências na sessão do toque-massagem psicomotora, nomeadamente, a forma como este foi encarada, se foi ou não ao encontro do que era esperado e que tipo de impacto teve no participante.

Este procedimento também permitiu à psicomotricista a recolha de informação, observações, reflexões sobre as vivências dos participantes e o procedimento do programa, para ajustar ou realizar possíveis alterações no decorrer do mesmo. Também,

a psicomotricista fez uma reflexão sobre cada sessão, a partir das perspetivas dos participantes e da sua própria vivência enquanto terapeuta.

2.6. Procedimentos

O estudo foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (para este estudo foi definido, por questões de anonimato, não referenciar o nome da instituição), que concede serviços a crianças, idosos e pessoas com deficiência e doença mental. Num primeiro momento, foi contactada a coordenadora do centro de atividades e a direção para a divulgação do estudo, sendo feita uma breve explicação do projeto e dos seus aspetos éticos, a fim de solicitar autorização para recolha de voluntários nesta IPSS. Foi igualmente solicitada autorização à direção da instituição, para a utilização do espaço e dos materiais existentes na sala de Psicomotricidade.

Após a seleção dos participantes que correspondiam aos critérios de inclusão, estes e os seus responsáveis legais foram informados do teor do estudo para fins académicos e de investigação/produção do conhecimento científico, da confidencialidade dos dados recolhidos, bem como dos objetivos da intervenção psicomotora. Foi também solicitada a recolha de imagem em forma de vídeo para fins académicos/produção do conhecimento científico. Este estudo está em conformidade com os princípios da Declaração de Helsínquia e foi aprovado pela Comissão de ética da Universidade de Évora.

Previamente à avaliação inicial e à aplicação do programa de toque-massagem psicomotora, a avaliadora realizou um treino, de modo a familiarizar-se com os instrumentos. É de ressaltar que, neste estudo, os participantes lidaram apenas com uma investigadora, do início ao fim do mesmo.

Após a admissão da assinatura dos consentimentos informados e autorização da captação de imagem (Anexo II), foi realizada a avaliação inicial.

Neste estudo, o método de recolha de dados é puramente qualitativo, tendo a investigadora um papel de observação-participação, uma vez que aplicou o programa de toque-massagem psicomotora.

Para a operacionalização da recolha de dados da investigação realizada, foram utilizadas as técnicas de observação direta, observação com recurso à gravação de vídeo das sessões, transcrição dos diálogos e registo das reflexões da investigadora ao longo do programa. Nomeadamente, foram-se recolhendo dados e fazendo registos escritos, nos quais se descreveram os acontecimentos mais relevantes de cada sessão, pretendendo-se descrever comportamentos e outros aspetos significativos que foram surgindo ao longo das sessões, quer na perspetiva do participante quer na perspetiva da investigadora, que poderiam ser relevantes para uma melhor interpretação dos resultados alcançados.

Seguidamente, apresentam-se os dados recolhidos sobre a vivência e o impacto do processo terapêutico em cada um dos participantes.

3. Vivências do Programa de Intervenção Terapêutica

3.1. Manuel

3.1.1. Apresentação e Anamnese

Manuel é um indivíduo do sexo masculino, com 58 anos, solteiro, diagnosticado com esquizofrenia, que frequenta o centro de atividades ocupacionais desde fevereiro de 2016. A sua institucionalização foi motivada por não encontrar uma resposta para ocupação sócio profissional adequada aos seus interesses e necessidades e por falta de rotinas. Vive sozinho, tem suporte familiar pontual ao nível da alimentação, tratamento de roupa e gestão financeira. Caracteriza-se por ser uma pessoa introvertida, com uma postura cabisbaixa, discurso empobrecido, com interesses restritos, apresentando tendência para o isolamento social. Revela ausência de hábitos de trabalho e de uma ocupação estruturada, não sendo capaz de se manter em atividade sem fazer interrupções, deambulando pelos espaços e sem interesses aparentes.

Ostenta uma imagem pouco cuidada, frequentemente com a barba por desfazer, pele oleosa, roupas largas usadas por vários dias seguidos e as mãos refletem hábitos tabágicos marcados. É reservado, com um olhar fugaz, pouco comunicativo, mas cordial quando abordado.

3.1.2. Avaliação Inicial

No decorrer da avaliação o Manuel revelou-se colaborante, deixando-se conduzir, sem questionar os procedimentos.

Não manifestou dificuldades em responder ao questionário de percepção da imagem corporal embora revelasse algumas hesitações na escolha dos pares de adjetivos. Algumas das afirmações, de acordo com o Manuel, que melhor descreviam a forma como se sentia com o seu corpo foram: “Medroso” em vez de “Audacioso”, mais “Vazio” do que “Cheio”, “Exprimindo calma” em vez de “exprimindo cólera”, como “Coisa que não se mostra” em vez de “Coisa que se mostra”, sente o seu corpo como “Velho” em vez de “Novo” e mais “Triste” do que “Alegre” (Anexo III, Tabela 2).

Na questão do diferencial semântico em que pretendia saber como o Manuel se sentia este respondeu que não se sentia “alegre” nem “triste”, que estava “bem disposto”, sentindo-se “contraído” e mais “relaxado” do que “tenso”, não e não se sentia se ou com dores físicas, sentindo-se “calmo” e “sereno”. Na questão de como sentiu a massagem, o Manuel, sentiu a massagem mais ou menos leve, com um toque muito respeitador, sendo mais ou menos agradável, suave e confortável, não sentiu que fosse rápido ou lenta (Anexo III, Tabela 3). De salientar que o Manuel se limitou a responder às questões, retirando-se de seguida, demonstrando indisponibilidade para acrescentar palavras ou reflexões da vivência.

Analisando o esquema corporal, verificou-se que o Manuel apresentou uma percepção menor ao nível da altura da cabeça relativamente ao tamanho real. Nos restantes segmentos corporais percebeu-os maiores que o real, apresentando um perfil hiperesquemático (Anexo III, Tabela 4).

3.1.3. Vivência Terapêutica

Após os procedimentos formais para participar no estudo, a intervenção iniciou-se no dia 14 de Setembro e terminou no dia 9 de Novembro de 2018, perfazendo um total 16 sessões individuais, de frequência bissemanal, com a duração aproximada de 30 minutos.

No decorrer do programa de intervenção terapêutica manteve sempre uma postura disponível e adequada, assíduo e pontual nas sessões, aguardando pacientemente pela intervenção; porém, na maioria das sessões deixou transparecer sinais de desconforto, de luta com a vivência, embora se tenha verificado uma redução e frequência ao longo do tempo. Estes sinais manifestavam-se através de ajustes na marquesa, cruzamento das pernas, mãos nos bolsos, deglutição da saliva, fechar e abrir os olhos por breves instantes ou cerrar os olhos com força. Era possível confirmar a tensão corporal através do toque, as dificuldades em se deixar ser conduzido, nos movimentos passivos, nos balanceamentos ou em relaxar. O próprio, por vezes, verbalizava ter consciência desse estado, da dificuldade em ser conduzido, de confiar o seu corpo no outro, “não sei explicar, mas não consigo”, “eu quero, mas não sou capaz”. Num diálogo final, em conversa sobre a vivência verbalizou “se isto tivesse uma musiquinha era mais fácil para

mim. Assim não, a minha cabeça anda muito longe”. O silêncio que umas vezes verbalizava gostar, outras vezes manifestava-se como perturbador.

Sendo visível a dificuldade e luta em manter os olhos fechados, foi-lhe esclarecido que, de acordo com a sua vontade poderia ter os olhos abertos ou fechados. A partir desse momento, passou a ter os olhos abertos em grande parte do tempo da intervenção e no decorrer das sessões. Projetava o olhar para o teto, raramente olhava para mim ou para o que estava a acontecer à sua volta e mantinha-se assim por longos períodos de tempo. Contudo, havia um momento da massagem em que fechava os olhos espontaneamente, era quase inconsciente, instantâneo. Este momento dava-se quando era tocado na cabeça: aquando do toque na cabeça e no pescoço. Nesses momentos a sua expressão facial libertava-se, ficava menos tensa, menos vincada. De facto, a cabeça era a parte do corpo que imediatamente identificava quando questionado sobre as partes do corpo em que tinha sido tocado e na/s qual/quais o toque era mais agradável. Por esse motivo, dada a significância que o Manuel atribuía ao ser tocado na cabeça, uma das mudanças que foi introduzida foi prolongar o toque na cabeça.

Nas primeiras sessões, após o término do toque-massagem psicomotora apressava-se para sair da sala. Assim que deixava de sentir o toque, perguntava “Já está? Já me posso ir embora?”. Evidenciava alguma desconfiança e pouco à vontade, possivelmente, pelo desconhecido, pelo momento. Gradualmente, sessão após sessão, começou a usufruir mais do momento final após o toque-massagem psicomotora, não se manifestando prontamente para se ir embora, prolongando-se por vários minutos, sendo necessário interromper para prosseguir e terminar a sessão com o breve diálogo. Este momento final, que se procurava ser um momento para a integração das sensações vivenciadas naquele espaço, naquele momento e começou a evidenciar e a verbalizar dificuldades em abandonar o momento, a posição de deitado, dizendo “eu agora ficava aqui”, “estou aqui tão bem que já não me ia embora”. Estas palavras eram sempre acompanhadas de sorrisos tímidos, mas sinceros. Próximo do final do programa de intervenção, num dos momentos na trigésima sessão disse, “é bom estar aqui. Não há barulho, não há confusão.”, confirmando o espaço seguro e securizante que se pretende na intervenção.

Apesar de apresentar um discurso verbal organizado, com uma linguagem e tom de voz adequados, este era pobre e provocado e era difícil manter um diálogo com Manuel que fosse espontâneo e que refletisse o que sentia ou como tinha vivenciado o toque-

massagem psicomotora. Inicialmente, quando questionado sobre a vivência naquele espaço adotava um comportamento mais esquivo, verbalizando “está tudo bem”, “correu tudo bem”, “quem não gosta de ser massajado por uma senhora jovem (risos)?”. Este comportamento também era adotado quando não queria falar no final da sessão, “posso ir embora”. Eram visíveis sinais de impaciência na sua linguagem corporal, da sua indisponibilidade para aquele momento. Se eu insistisse naqueles momentos, as respostas seriam curtas e vazias do seu significado real.

Contudo, durante os momentos do diálogo final verbalizava “eu estou bem, estou relaxado, não me dói nada”, mas também apresentava falta de concordância na sua percepção, nomeadamente, “eu não consegui relaxar, mas estou relaxado”. Outras vezes questionava-me, “hoje não relaxei, pois não?” e quando remetia a pergunta para ele, verbalizava “não, hoje não consegui”, “hoje foi difícil”. Falava também dos pensamentos e da dificuldade em relaxar por causa dos mesmos. Quando questionado sobre eles dizia “não quero falar, não vale a pena falar disso”, “não estou preparado para falar”. Mas numa das vezes falou do seu passado, da sua vida profissional, do dinheiro, das viagens e das mulheres que conheceu. Neste diálogo o seu discurso foi fluído, sem interrupções. Numa outra sessão, em que foram evidentes grandes dificuldades em relaxar, em ser conduzido nos momentos passivos o Manuel verbalizou “hoje foi difícil para mim. Não sei porquê, mas hoje o tempo foi grande”. Mas acabou por falar do que o preocupava “estou preocupado com o meu futuro, com a minha vida”. Sem desvendar a sua verdadeira preocupação (estava a passar por um processo de interdição) falou das preocupações do seu futuro mais longínquo, “não sei como será a minha vida daqui a 10 anos”.

3.1.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final

Foram verificadas diferenças pouco expressivas entre a avaliação inicial e final na percepção da sua imagem corporal. Contudo, os pares de itens em que se verificaram alterações da avaliação inicial para a final, indicam que no final da intervenção o Manuel se percecionava mais “jovem” do que “Velho”, mais “Resistente, forte” do que “Frágil, fraco”, mais “Alegre” do que “Triste”, e considera que o seu corpo passou de uma “Coisa que não se mostra” para uma “Coisa para que se mostra” (Anexo III, Tabela 2).

Relativamente ao diferencial semântico, não foram verificadas grandes alterações, à exceção da percepção de descontração, que aumentou no final da intervenção (Anexo III, Tabela 3). O Manuel limitava-se a responder às questões, retirando-se de seguida, demonstrando indisponibilidade para acrescentar palavras, reflexões da vivência e do processo de mudança que poderia sentir. Durante os diálogos finais manifestou pouca disponibilidade e grandes dificuldades em refletir, em escutar o seu corpo e assumir por palavras a sua vivência.

Analisando as alterações ao nível do esquema corporal da avaliação inicial para a final, verificou-se que o Manuel apresentou uma maior precisão da percepção do seu corpo em relação ao tamanho real, nomeadamente, da altura do ombro direito, da altura da cintura direita e esquerda, da largura da cintura e do trocânter. Nos restantes segmentos corporais foi verificado uma diminuição, i.e., uma percepção menor dos segmentos corporais, relativamente ao tamanho real. No entanto, é importante referir que na avaliação final denota-se, na análise geral dos segmentos, uma aproximação da percepção do esquema corporal ao corpo real (Anexo III, Tabela 4).

Embora os resultados expressos da avaliação inicial para a final se possam verificar algumas alterações, é de salientar que a maior se verificou uma mudança progressiva na imagem e cuidados de higiene do Manuel, sendo esta a mais expressiva de todos os resultados. O Manuel, gradualmente, passou a apresentar-se nas sessões com uma imagem mais cuidada, roupa limpa e diferente entre as sessões; barba feita no início da semana ou penteada nas restantes sessões da semana; uma pele limpa e cuidada.

3.2. António

3.2.1. Apresentação e Anamnese

António, indivíduo do sexo masculino, com 59 anos, solteiro, diagnosticado com psicose esquizofrénica, frequenta o centro de atividades ocupacionais e habita no lar residencial, da mesma instituição, desde 2010. A sua institucionalização foi motivada após vários internamentos psiquiátricos, que se verificaram com maior frequência depois do falecimento da sua mãe, e por apresentar fragilidades na rede de suporte familiar. Atualmente apresenta-se estável do ponto de vista comportamental, revelando um défice cognitivo moderado e perturbações formais do pensamento, de natureza residual. É

autónomo nas atividades básicas da vida diária, necessitando de algum apoio e supervisão em relação à toma de medicação e em atividades quotidianas mais complexas. Expressa falta de interesse e motivação para ter uma ocupação estruturada ao longo do dia, dormitando grande parte do dia. Exibe lentificação psicomotora, discurso empobrecido, baixos níveis de atenção e concentração.

Apresenta uma imagem cuidada, com hábitos de higiene diários. O contacto ocular é limitado, vago, com uma postura cabisbaixa. É reservado, pouco comunicativo, mas cordial quando abordado. O seu discurso verbal é organizado, elaborado, mas pouco espontâneo. Toma iniciativa para começar uma conversa do seu interesse e apresenta sentido de humor nas suas frases. Porém, as suas frases são curtas, com aumento do tempo de latência e pausas durante o discurso, perdendo por vezes o raciocínio. Tem consciência desta dificuldade e pede com frequência desculpa pelo sucedido, justificando tal facto com a sua doença e com a medicação. Quando confrontado com alguma questão a que não sabe responder ou que não percebe justifica-se pela baixa escolaridade e pela violência que sofreu nos tempos de escola, que o impossibilitou de “ser doutor”.

3.2.2. Avaliação Inicial

Durante a avaliação revelou-se colaborante e disponível. Porém, durante os procedimentos manifestou alguma curiosidade e, simultaneamente, desconforto. Perguntando “isto é para quê?”, manifestando algum nervosismo e insegurança verbalizando “eu não sou uma pessoa importante”, “há aí melhores do que eu”.

Foi observado que o utente não se encontrava familiarizado com os conceitos/termos relacionados com o questionário da perceção da imagem corporal, recorrendo várias vezes à terapeuta para explicar o significado dos adjetivos, revelando alguma dificuldade e hesitação nas respostas. Das respostas ao questionário de realçar que o António perceciona o seu corpo em “Má saúde”, “Impuro, Sujo”, “Vazio”, “Inexpressivo”, “Coisa que não se mostra”, “Nervoso, inquieto” e “Triste”(Anexo IV, Tabela 5).

Na análise do diferencial semântico, o António, não se sentia “triste” nem “alegre”, “sereno” nem “inquieto”; sentia o seu corpo “com dores físicas”; e mais ou menos “bem-disposto”, “descontraído” e “relaxado”. Sentiu a massagem mais ou menos

“leve”, agradável e confortável; sentiu o toque como muito “respeitador” e muito “suave”; e não sentiu que a massagem fosse “rápida” ou “lento” (Anexo IV, Tabela 6).

Analisando o esquema corporal, verificou-se que o António apresentou uma percepção menor ao nível da largura dos ombros relativamente ao tamanho real. Nos restantes segmentos corporais percebeu-os maiores que o real, apresentando um perfil hiperesquemático (Anexo IV, Tabela 7).

3.2.3. Vivência Terapêutica

Após os procedimentos formais para participar no estudo, a intervenção com avaliação formal iniciou-se no dia 17 de Setembro e terminou no dia 9 de Novembro de 2018, perfazendo um total 16 sessões individuais, de frequência bissemanal, com a duração aproximada de 30 minutos.

Durante as primeiras sessões houve alguma resistência e irregularidade quanto à assiduidade e à pontualidade na intervenção. Foi necessário ir ao seu encontro, nos vários locais onde se poderia encontrar, para garantir a sua presença na intervenção ou lembrá-lo minutos antes do compromisso. O mesmo justificava-se, ora por esquecimento, ora com a preocupação de o horário da intervenção ser próximo do horário do banho diário e corte da barba, manifestando-se ansioso nas sessões pelo mesmo motivo, verbalizando “já está? Tenho de ir tomar banho”; “tenho de ir fazer a barba”. Esta proximidade de horários distava de uma hora e quarenta e cinco minutos, mas este compromisso quebrava a rotina a que estava habituado e deixava-o inquieto, manifestando desta forma resistência à alteração da sua rotina mesmo que a mesma não lhe trouxesse prejuízo.

Uma outra preocupação inicial com a sua presença nas sessões era se estas seriam cobradas, porque segundo ele, se a segurança social soubesse que ele tinha dinheiro para pagar terapias poderia cortar-lhe a pensão e os irmãos não tinham condições financeiras para lhe pagarem o lar e ficaria sem ter para onde ir.

Apesar das informações iniciais sobre a estrutura e os procedimentos da intervenção em que iria participar, António, ficou intrigado com o espaço terapêutico, nomeadamente com a cama (que mais tarde foi substituída por uma marquesa) que serviria de suporte ao toque-massagem psicomotora, questionando entre sorrisos “é para

dormir?”. No decorrer das intervenções iniciais mostrou-se atento e ao mesmo tempo desconfiado, permanecendo de olhos abertos, a observar todos os meus movimentos e a falar ao mesmo tempo. Quando o nosso olhar se cruzava, esquivamente desviava o seu olhar. Fazia várias questões, nomeadamente acerca dos participantes e verbalizava que “não gosto muito destas coisas”. Era visível a dificuldade em abandonar os pensamentos, a tensão no seu corpo, estando nitidamente desconfortável e pouco à vontade. Os convites para a intervenção eram acedidos com pouco entusiasmo, chegando mesmo a verbalizar “não vale a pena perder tempo comigo”, mas acabando sempre por participar na sessão.

Nos diálogos finais, que aconteciam após a intervenção de toque-massagem psicomotora, António expunha com muita dificuldade algumas das suas preocupações, sensações, confusões, angústias (“não sei o que dizer”, “não senti nada”). Num desses momentos em que foi pedido ao António que descrevesse o que tinha sentido, o que mais tinha apreciado no decorrer da intervenção, verbalizou “às vezes sofro um bocado da cabeça” e com o toque inicial da massagem sentia que “alivia um bocadinho”, comparando esse alívio ao que sentiu em criança quando, com a sua mãe, procurou uma curandeira para o seu mal da cabeça. Verbalizou em várias sessões “a senhora... a menina, tem umas mãos mágicas. Fico melhor quando põe a mão na minha cabeça. Sabe, o meu corpo absorve muito má disposição”.

Apesar de um discurso verbal organizado, com uma linguagem adequada o diálogo, na sua maioria, tinha de ser provocado. Contudo, gradualmente, no decurso da conversa, o discurso tornou-se progressivamente mais espontâneo, espelhando o que sentia, como tinha vivenciado o toque-massagem psicomotora. Paralelamente, a sua resistência inicial na intervenção também era visível no diálogo final, quando questionado sobre a vivência naquele espaço detinha um comportamento mais fugaz, verbalizando “foi bom”, “correu tudo bem”.

Não obstante, no decorrer dos diálogos e nas primeiras sessões eram evidentes os sorrisos quando eu usava palavras como “prazer”, “massagem”. Dizia “você é uma jovem e eu já estou velho”, quando questionado que sensações tinha vivenciado dizia “Não penso nada. Não tenho alternativa, já tenho 58, já vou fazer 59.”. Analisando as suas respostas, reações e o valor conotativo que estas palavras poderiam ter para o indivíduo, foram substituídas por “agradável” e “terapia” respetivamente, a fim de eliminar uma eventual conexão sexual que poderia estar a ser atribuída pelo António. Após a minha

tomada de consciência dos motivos que provocavam a recusa na participação da terapia (i.e., da cama como suporte a terapia, o toque nas ancas), das dificuldades em relaxar do António foram necessários alguns ajustamentos. Estas alterações passaram sobretudo pela alteração de um procedimento da massagem, deixar de deslizar as minhas mãos pelas ancas, uma vez que, quando as minhas mãos passavam pelo exterior da sua anca este dizia “sinto coisas”; e também, pela substituição de alguns elementos do espaço físico, nomeadamente, a cama por uma marquesa, apesar de não ser tão confortável para os participantes uma vez que era muito estreita.

A partir dessas pequenas alterações, no decorrer das seguintes sessões, António começou a ter uma postura mais descontraída, mais disponível e mais confiante, fechando os olhos grande parte do tempo da intervenção, falando apenas exceccionalmente. Progressivamente os diálogos começaram a ser mais fluídos e espontâneos, revelava menos sinais de impaciência e tentativa de fuga à terapia, falando da sua vida e dos motivos da sua institucionalização. Falava do seu passado, da escola, da família, da violência na escola e da pobreza que avassalou a sua família e se agravou após a morte do seu pai. Conversou várias vezes sobre o seu irmão gémeo, das suas incompatibilidades e das agressões. Revelou, também, preocupações com o futuro, nomeadamente com o sustento do seu vício – tabaco - e com as visitas no natal e no seu aniversário, de quando o irmão morrer – “o meu irmão diz que as minhas sobrinhas vêm visitar-me, mas é o que elas dizem agora, depois dele morrer podem não vir”. O seu aniversário foi motivo para iniciar várias conversas durante a intervenção, uma vez que ocorreu num dos meses em que estava a decorrer o programa, sendo para ele um momento alto da sua vida – “faço anos num mês de pessoas importantes”. Mostrava-se expectante, ansioso, ia fazer anos e sempre que abordava este tema fazia-o com um grande sorriso, de uma leveza no rosto, mas ao mesmo tempo carregado de esperança.

Foram verificadas outras necessidades, nomeadamente, de confiança e segurança – “a senhora é nossa amiga, não é?”, “quer o nosso bem, não é?”, “está aqui para nos ajudar, não é?”.

Quando lhe foi comunicada a proximidade o término do programa António revelou-se preocupado – “e agora?” – exprimindo apreensão e simultaneamente necessidade daquele *Setting* terapêutico. Foi explicado que se faria uma breve interrupção e que daríamos continuidade daquela terapia num horário a combinar posteriormente.

3.2.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final

Analisando os dois momentos de avaliação, inicial e final, foram verificadas diferenças expressivas na percepção da imagem corporal do António no final da intervenção em praticamente todos os itens, exceto no “Fisicamente atrativo/fisicamente não atrativo”, “Fonte de prazer/fonte de desprazer”, “Feminino/masculino” e “Coisa que se pode tocar/coisa em que não se pode tocar” (Anexo IV, Tabela 5).

Na observação do diferencial semântico foram verificadas alterações expressivas no final da intervenção. Nomeadamente, o António manifestou sentir-se muito “bem-disposto”, “descontraído e “relaxado”; não se se sentindo “com ou sem dores físicas”; sentindo-se muito calmo e sereno. Assim como, sentiu a massagem muito “leve” e muito “confortável” e “lenta” (Anexo IV, Tabela 6).

Analisando as alterações ao nível do esquema corporal da avaliação inicial para a final, verificou-se que o Manuel apresentou uma maior precisão da percepção do seu corpo em relação ao tamanho real de uma forma geral, exceto, da altura do trocânter direito e esquerdo, e, da largura de ombros. Apresenta no geral um perfil hiperesquemático, i.é., percebe o seu esquema corporal maior relativamente ao corpo real (Anexo IV, Tabela 7).

3.3. Carlos

3.3.1. Apresentação e Anamnese

Carlos, indivíduo do sexo masculino, com 53 anos, solteiro, diagnosticado com psicose esquizofrénica, frequenta o centro de atividades ocupacionais e habita no lar residencial da mesma instituição, desde 2015. A sua institucionalização foi motivada pela morte da sua mãe, por apresentar risco de comportamento desviante por falta de suporte e fragilidades na rede familiar. Atualmente, apresenta-se estável do ponto de vista comportamental, apresentando défice cognitivo moderado e perturbações formais do pensamento. Manifesta falta de interesse e motivação para ter uma ocupação estruturada ao longo do dia, procurando ações que exijam pouca energia e que decorram num curto

espaço de tempo. Exibe lentificação psicomotora, discurso empobrecido e baixos níveis de atenção e concentração.

Apresenta uma imagem cuidada, é reservado, sociável e cordial quando abordado. O seu discurso verbal é organizado, mas pobre, repetitivo e por vezes pouco adequado com elementos do sexo feminino, sejam do corpo técnico, colaboradoras ou colegas, utilizando palavras tendencialmente sedutoras.

3.3.2. Avaliação Inicial

Durante a avaliação revelou-se colaborante, mas fazendo breves questões ao longo dos procedimentos “para que é isto?”, manifestando algum nervosismo e insegurança. Revelou dificuldades em aceder à interpretação dos adjetivos apresentados no questionário da percepção da imagem corporal, recorrendo na maioria das questões à psicomotricista para esclarecer o significado. Algumas das afirmações destacadas no questionário do Carlos, revelam que este sentia o seu corpo mais “Vazio” do que “Cheio”, mais “Inexpressivo” do que “Expressivo”, “coisa que não se mostra” e vez de “Coisa que se mostra”, mais “Nervoso, inquieto” do que “Calmo, sereno” e mais “Triste” do que Alegre (Anexo V, Tabela 8).

Na análise do diferencial semântico em que se pretendia saber como o Carlos sentia naquele momento (após o toque-massagem psicomotora) este respondeu que não se sentia “alegre” nem “triste”, que estava “bem-disposto”, sentindo-se “contraído” e não estava nem “relaxado” nem “tenso”, estava mais ou menos “com dores físicas”, sentindo-se “calmo” e “sereno”. Na questão de como sentiu a massagem, o Carlos, sentiu a massagem mais ou menos leve, com um toque muito respeitador, agradável e confortável; não sentiu o toque “suave ou áspero”, nem foi “confortável” ou “desconfortável” (Anexo V, Tabela 9).

Analisando o esquema corporal, verificou-se que o Carlos apresentou uma percepção menor ao nível da altura da cabeça, da altura do ombro direito e esquerdo, da largura dos ombros e da cintura, relativamente ao tamanho real, apresentando um perfil hipoesquemático. Nos restantes segmentos corporais percebeu-os maiores que o real, apresentando um perfil hiperesquemático (Anexo V, Tabela 10).

3.3.3. Vivência Terapêutica

Após os procedimentos formais para participar no estudo, inicia-se a intervenção com o Carlos com avaliação no dia 19 de Setembro e com término no dia 9 de Novembro de 2018, perfazendo um total 16 sessões individuais, de frequência bissemanal, com a duração aproximada de 30 minutos.

Durante as primeiras sessões houve alguma irregularidade quanto à assiduidade e à pontualidade. Revelava preocupação com o horário da intervenção por ser próximo do horário do banho diário, manifestando-se também ansioso nas sessões pelo mesmo motivo, verbalizando “já está? Tenho de ir tomar banho”; “tenho de ir fazer a barba”. Esta situação era reforçada pelo comportamento do António, uma vez que ambos mantinham uma relação de proximidade por realizaram as mesmas tarefas e frequentares os mesmos espaços no centro de atividades ocupacionais. António acabava por influenciar e moldar o comportamento do Carlos pela sua proximidade e amizade. Carlos acabava por imitar e tomar as decisões, opiniões como suas em função das conversas que tinha com o António uma vez que este era uma figura de referência para o Carlos.

Inicialmente, à semelhança do António, também referiu a intenção de abandonar o programa de intervenção, “oh, isto não serve para nada”, “não me dói nada, mas não sei”. Havia alguma ambivalência quanto à decisão de deixar o programa, não ficando claro se o motivo se prendia consigo ou com terceiros e se essa era mesmo a sua vontade. No final da quarta sessão, tendo em consideração o seu discurso nas sessões anteriores, abordou-se esta situação com vista a esclarecer a intenção de ficar ou abandonar o programa, garantindo assim a vontade e a liberdade do participante de permanecer no programa. Este remeteu a sua vontade para o terapeuta “deixe lá, você não quer que eu deixe (risos)”, e decidiu “eu fico” ficando esclarecido que a permanência neste programa era única e exclusivamente da decisão do próprio e não por influências de terceiros. Este discurso deixou de estar presente com o decorrer das sessões, assim como passou a ser mais assíduo e pontual passando a procurar-me várias vezes durante a semana para confirmar o dia e a hora e ainda “se eu me esquecer você chama-me, tá bem?”

Paralelamente, foi visível, nas sessões iniciais, que o Carlos estava expectante, nervoso, tenso e desconfiado com a intervenção e com o espaço. Mantinha-se de olhos abertos durante todo o tempo. Observava-me, desviava o olhar, olhava para o teto, sorria

e mantinha a respiração em apneia. Mantinha uma postura rígida, com dificuldade em abandonar as tensões e focar-se no seu corpo, sendo evidente o desconforto. Falava grande parte do tempo, fazia perguntas “então a seguir quem é?”, “hoje vem mais alguém?”, “está tudo bem consigo?”.

Progressivamente, com o decorrer das sessões, passou a ter uma postura mais disponível e adequada, diminuindo os tempos de conversação, transparecendo sinais de relaxamento e conforto, conseguindo fechar os olhos por maiores períodos de tempo da intervenção. No decorrer do toque-massagem psicomotora, ocasionalmente, mencionou percepções momentâneas relacionadas com temperatura corporal, “as suas mãos estão quentinhas” ou então comparava a sua temperatura corporal com a minha, “você tem as mãos mais quentes que os meus pés”. Nas sessões finais, estava completamente relaxado, focado no seu corpo, com um ar despreocupado. Já não falava durante a intervenção, fechava os olhos assim que ficava numa posição confortável e sentia o toque na cabeça, permanecendo neste estado de passividade todo o tempo da intervenção.

Nos momentos do diálogo final eram evidentes as dificuldades do seu discurso, pobre, pouco elaborado e sem espontaneidade. As suas frases eram curtas e por vezes pouco ajustadas ao contexto. Carlos verbalizava dificuldades em falar sobre a vivência, “não sei como é que hei de explicar”, tendo muitas dificuldades em descrever o que sentia avaliando o momento ao longo da intervenção como “foi fixe”, “estou bem”, “correu tudo bem, não me dói nada”, “foi como das outras vezes”. As sensações percebidas durante o toque-massagem psicomotora remetiam para “senti os pés quentes. Estavam frios, agora estão quentes”, através de um toque “levezinho”. Noutros momentos referia que “doía-me a cana do nariz e agora já não dói”. Através do recurso ao diferencial semântico foi possível explorar um pouco mais a vivência das sessões. No entanto, também revelava dificuldades em compreender o que lhe era questionado, “o quê é que isso quer dizer”, “não sei o que é isso”, rindo-se seguidamente, sempre com uma postura tensa, evidenciando sinais de nervosismo e desconforto (ombros encolhidos e mãos a esfregar uma na outra ou de braços cruzados com movimentos oscilatórios). Na sequência da aplicação do diferencial semântico e no esclarecimento do significado das palavras surgiam discursos mais espontâneos. Num desses momentos, Carlos falou do seu passado, da relação conflituosa com os pais, da violência a que foi submetido e como isso fazia com que fosse mais agressivo, dos tempos da escola, das dificuldades em aprender. Quer em casa, quer na escola “eu estava sempre apanhar porrada”. Fala com mágoa da

relação com os pais, principalmente do pai, “ele não gostava de mim e batia-me” e segundo ele era a justificção para ter abandonado várias vezes o seu lar, “andei por esse mundo fora”, “apanhava boleia (risos) e fui Alemanha, à França, à Espanha”. Verbaliza ainda que nessa altura “tinha o diabo no corpo” e “só me dava para fazer o mal” e que agora “estou feliz”, “Jesus está dentro de mim”. Descreveu, várias vezes, em sessões diferentes que “sinto Jesus a tocar-me”.

Foi difícil manter um diálogo com Carlos pelo seu discurso sincopado, pobre e quase sempre provocado. Mas, a sua linguagem não verbal transmitia mais que o vazio das suas palavras. E foi assim, num registo não verbal, que foi possível verificar os efeitos e a progressão da vivência do toque-massagem psicomotora.

3.3.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final

Foram verificadas diferenças expressivas entre avaliação inicial e final, havendo uma melhoria na perceção da sua imagem corporal, evidenciado pelos pares de itens “Vazio/cheio”, “Expressivo/ Inexpressivo”, “Coisa que se mostra/ “Coisa que não se mostra”, “Calmo, sereno/nervoso, inquieto”, “Alegre/Triste” (Anexo V, Tabela 8). A maioria dos restantes itens não sofreram alterações expressivas nos parâmetros de classificação entre avaliação inicial para a final.

Relativamente ao diferencial semântico foi analisado que o Carlos se percecionava mais descontraído e relaxado, e que não se sentia com ou sem dores físicas, no final da intervenção. Assim como, este passou a sentir a massagem mais suave e mais lenta (Anexo V, Tabela 9). O Carlos, gradualmente, passou a ter um discurso mais espontâneo, menos sincinesias presentes neste limitava-se a responder às questões, retirando-se de seguida, demonstrando indisponibilidade para acrescentar palavras, reflexões da vivência e do processo mudança que poderia sentir. Durante os diálogos finais manifestou pouca disponibilidade e grandes dificuldades em refletir, em escutar o seu corpo e assumir por palavras a sua vivência.

Analisando as alterações ao nível do esquema corporal da avaliação inicial para a final, verificou-se que o Carlos apresentou uma maior precisão da perceção do seu corpo em relação ao tamanho real em todos os segmentos corporais, exceto na altura da cintura direita e altura do trocânter esquerdo. Nestes segmentos corporais foi verificado uma

diminuição, i.e., uma percepção menor dos segmentos corporais, relativamente ao tamanho real (Anexo V, Tabela 10). Apresenta no geral um perfil hiperesquemático, i.é., percebe o seu esquema corporal maior relativamente ao corpo real

3.4. Alexandre

3.4.1. Apresentação e Anamnese

Alexandre, indivíduo do sexo masculino, com 29 anos, solteiro, diagnosticado com psicose esquizofrénica, frequenta o centro de atividades ocupacionais e habita na residência autónoma, da mesma instituição, desde 2016. A sua institucionalização foi motivada por não exibir um projeto de vida delineado e apresentar comportamentos de risco. Nesta altura encontra-se integrado num curso socioprofissional, mas a sua frequência é intermitente, uma vez que oferece bastante resistência aos horários e rotinas. Exibe um perfil hipertónico, com comportamentos ambivalentes, revelando falta de motivação e empenho para hábitos de trabalho ou para ter uma ocupação estruturada, adotando um comportamento e discurso pouco flexíveis. Manifesta ainda, lentificação psicomotora, discurso empobrecido e baixos níveis de atenção e concentração.

Exibe uma imagem cuidada. Apresenta um contacto ocular limitado, mantém os olhos baixos. É reservado, pouco comunicativo, mas cordial quando abordado. O seu discurso verbal é organizado, mas pouco elaborado e espontâneo. Raramente toma iniciativa para iniciar uma conversa. Quando acontece, as suas frases são curtas, com aumento do tempo de latência e pausas durante o discurso.

3.4.2. Avaliação Inicial

Durante a avaliação revelou-se colaborante e disponível. Não manifestou dificuldades em responder ao questionário de percepção da imagem corporal embora exprimisse dificuldades em situar-se nos parâmetros de classificação nos pares de adjetivos e demonstrasse alguma insegurança nas respostas. Das respostas ao questionário de realçar que o Alexandre percebe o seu corpo em “Em boa saúde”, “Fisicamente não

atrativo”, “Impuro, sujo”, “Coisa que não se pode tocar”, “Inexpressivo”, “Coisa que não se mostra” “Nervoso, inquieto”, “Triste” e “Não energético” (Anexo VI, Tabela 11).

Na análise do diferencial semântico, o Alexandre, sentia mais ou menos “triste”, “contraído”, “tenso”, “nervoso” e “inquieto”. Sentiu a massagem mais ou menos “leve”, “agradável”, “suave”; sentiu o toque como muito “respeitador”, mais ou menos “lento” e “desconfortável” (Anexo VI, Tabela 12).

Analisando o esquema corporal, verificou-se que o Antônio apresentou uma percepção menor relativamente ao tamanho real dos seguintes segmentos corporais: da altura da cabeça, da altura dos ombros direito e esquerdo, da altura do trocânter direito,. Nos restantes segmentos corporais percebeu-os maiores que o real, apresentando um perfil hiperesquemático (Anexo VI, Tabela 13).

3.4.3. Vivência Terapêutica

Após os procedimentos formais para participar no estudo, inicia-se a intervenção no dia 18 de Setembro e com término no dia 8 de Novembro de 2018, perfazendo um total 16 sessões individuais, com frequência bissemanal, com a duração aproximada de 30 minutos.

Revelou-se colaborante e disponível durante todo o programa de intervenção terapêutica. Durante as sessões foi, na maioria das vezes, pontual e assíduo. Apresentava-se nas sessões à hora marcada, mas se por algum motivo a porta do espaço terapêutico estivesse encostada ou não me encontrasse ia-se embora sem voltar a procurar-me.

No decorrer das sessões manteve sempre uma postura disponível e adequada, transparecendo na maioria das sessões, sinais de conforto e segurança, acendendo a todas as indicações sem revelar hesitação ou desconfiança. Nas sessões iniciais manteve-se de olhos abertos, com um olhar vago, vazio em direção ao teto. Após ter sido informado que se for mais confortável pode fechar os olhos fê-lo de imediato. Não se mexe e não fala durante o momento da massagem. Após o término desta, sem o toque, no silêncio da sala fica imóvel e de olhos fechados por alguns minutos. Mexe-se quando lhe é pedido que desperte, pouco a pouco e ao ritmo dele, para seguidamente sentar-se. Este comportamento esteve sempre presente em todas as sessões.

Como descrito anteriormente, Alexandre é utente da residência autónoma e vai aos fins de semana a casa, regressando aos domingos à noite ou segundas de manhã. Na terceira semana do programa de intervenção do toque-massagem psicomotora, com sessão prevista na terça-feira, o Alexandre ainda não tinha regressado à instituição. Este recusava-se a ir para a instituição e a mãe não o conseguia persuadir a tal. A situação foi exposta à assistente social responsável pelo utente e ficou combinado que quando Alexandre quisesse ir a mãe o traria. Na hora da intervenção procurei-o e tive conhecimento da situação. A assistente social, tendo consciência da importância da periodicidade e do compromisso da terapia, ligou à mãe a questionar o ponto de situação e a relembrar que a psicomotricista se encontrava à espera dele para a intervenção, assim com o professor de educação física. Segundo a mãe, o Alexandre mostrou-se imediatamente disponível para vir. Aguardei cerca de 45 minutos e chegou tranquilo à sala para a intervenção. Não falámos sobre o sucedido e a sessão decorreu normalmente, revelou-se tranquilo, sereno e com uma expressão feliz.

Na sessão seguinte, fui chamar o Alexandre à residência. Quando o chamei disse que já me tinha procurado, mas a porta estava fechada. No percurso até à sala de intervenção fomos a conversar. Falou do curso na CERCI, descreveu-me pormenores da farda de trabalho e da matéria das aulas. Esta atitude surpreende-me bastante, dado o nível de timidez e a fraca espontaneidade verbal que caracterizam o Alexandre. Durante a sessão demonstra-se disponível e relaxado. No final da sessão alerta-me que na próxima sessão poderá não estar porque vai a casa por ser feriado no dia a seguir à sessão.

Nas sessões seguintes, o Alexandre veio ao meu encontro para a sessão. Exibia boa disposição, deitou-se sobre a marquesa com um ar leve, sem preocupações aparentes. Assim que sentiu o toque na cabeça fecha os olhos e permaneceu assim até ser despertado. Revelou sinais de relaxamento (membros relaxados, não conduz o balanceamento). Após o término da massagem deixou-se ficar alguns minutos naquela posição imóvel, sem abrir os olhos. Porém, mais ou menos a meio da massagem apercebi-me que franze a testa, deixando de ter o ar sereno inicial. Após terminada o toque-massagem psicomotora deixou-se ficar alguns minutos naquela posição imóvel, sem abrir os olhos. O Alexandre nunca revelou necessidade de se ir embora, aguardando sempre instruções.

Os diálogos finais são curtos e pouco espontâneos, mas com o decorrer das sessões revelou-se mais disponível para o diálogo, mais espontâneo e a sorrir várias vezes durante

o diálogo. Antes da sua retirada da sala lembrava sempre o dia e a hora da próxima intervenção.

3.4.4. Comparação da Avaliação Inicial e Final

Foram verificadas diferenças expressivas, entre avaliação inicial e final, havendo uma melhoria na percepção da sua imagem corporal. Alguns dos pares de itens em que se verificaram alterações da avaliação inicial para a final, indicam que no final da intervenção o Alexandre se percecionava mais “Puro, limpo”, mais “Cheio” mais “Expressivo”, mais “Calmo/Sereno”, mais “Resistente, forte” e mais “Alegre” (Anexo VI, Tabela 11).

Relativamente ao diferencial semântico, foram verificadas alterações expressivas no final da intervenção na forma como se sentia e como sentiu a massagem, pronunciando-se muito “alegre”, “bem-disposto”, “calmo”, “sereno”, sentindo a massagem como “agradável, “confortável” e “lenta”. O Alexandre, inicialmente, limitava-se a responder às questões, retirando-se de seguida, demonstrando indisponibilidade para acrescentar palavras, reflexões da vivência e do processo de mudança que poderia sentir mas gradualmente, passou a demonstrar-se mais disponível para o diálogo final. Embora, revelasse grandes dificuldades em refletir, em escutar o seu corpo e assumir por palavras a sua vivência. Estes momentos do diálogo final, nas últimas intervenções, além de se mostrar mais disponível manifestava-se sorridente, com um ar leve e agradável (Anexo VI, Tabela 12).

Analisando as alterações ao nível do esquema corporal da avaliação inicial para a final, verificou-se que o Alexandre apresentou uma maior precisão da percepção do seu corpo em relação ao tamanho real na avaliação final, em todos os segmentos corporais, exceto na altura da cabeça e a altura da cintura esquerda (Anexo VI, Tabela 13).

Os resultados da avaliação inicial para a final revelam-se claros e corroboram com a disponibilidade, com o facto de se apresentar mais sorridente, menos tenso no final das intervenções que se foi verificando com o decorrer do programa de intervenção.

4. Síntese e Discussão dos Resultados

A análise dos casos acompanhados no programa de toque-massagem psicomotora permitiu não só demonstrar a influência que esta metodologia terapêutica teve na consciência do corpo, do diálogo tónico-emocional e da vivência de sensações de prazer e relaxamento das pessoas com esquizofrenia, mas também refletir e melhor compreender o processo de intervenção, quer do ponto de vista da pessoa com esquizofrenia, quer do ponto de vista do psicomotricista.

No que diz respeito à consciência do corpo, nomeadamente do esquema corporal, os resultados do IMP denotam que o programa de toque-massagem psicomotora permitiu aproximar o corpo-percebido ao corpo-real, de todos os indivíduos. A inexatidão da percepção do tamanho corporal das pessoas com esquizofrenia já tinha sido revelada por Priebe e Rochricht (2001), contudo, inesperadamente, os dados da avaliação inicial não revelaram uma inexatidão da percepção do tamanho corporal tão grande como a evidenciada pelos autores. Não obstante, após o programa de intervenção de toque-massagem psicomotora os participantes apresentaram uma maior precisão na percepção do corpo. Estas alterações foram mais visíveis a nível da largura dos ombros, cintura e trocânteres, e consequentemente, a nível global do corpo. Possivelmente, as induções táteis e quinesísticas proporcionadas pelo toque-massagem psicomotora permitem uma melhor apropriação propriocetiva dos segmentos corporais mobilizados, o que se traduz numa melhoria do esquema corporal (Guiose, 2007). Por outro lado, como no final da massagem é promovido um momento de coesão e unificação dos segmentos corporais mobilizados de forma isolada, através do deslizamento das mãos da psicomotricista da cabeça, passando pelos ombros até às extremidades distais superiores e inferiores, este momento permite um contacto contendor e envelopante (Charpentier, 2014), consciencializando o utente dos seus limites corporais. Apesar das diferenças entre a avaliação inicial e final não serem muito grandes, parecem sugerir que, com a continuidade da intervenção a tendência para o aumento da precisão da percepção do corpo poderia ser mantida.

Ao longo da intervenção foram evidentes alterações ao nível do diálogo tónico-emocional. Neste diálogo, os canais de comunicação tiveram em conta o espaço, um ambiente de relaxação com poucos estímulos visuais e auditivos, luz diminuída, com temperatura amena; a voz do psicomotricista, com um tom de voz calmo, pausado e

tranquilo; e a postura do psicomotricista, tranquila e disponível. Por exemplo, quando se dava início ao toque-massagem psicomotora, a psicomotricista apercebia-se que a tensão corporal dos participantes começava imediatamente a diminuir. Sobretudo após a quarta e quinta sessão, tornou-se notório que o toque inicial prolongado na cabeça tinha um efeito tranquilizante imediato, que se traduzia numa súbita diminuição do tônus global, e num tranquilo fechar dos olhos. Por outro lado, todos os participantes foram progressivamente manifestando mais à vontade com o espaço expondo vontade de permanecer nele por mais tempo. Por exemplo, o Manuel verbalizou “aqui não há barulho, está tudo calmo... estou bem instalado”.

Ao longo da intervenção foi evidente a importância da disponibilidade tónica e afetiva da psicomotricista para o vivenciar do estado de relaxamento e de prazer dos participantes durante o toque-massagem psicomotora. É esta disponibilidade que permite que o indivíduo acomode os ritmos corporais aos ritmos do envolvimento, nomeadamente aos do terapeuta (Martins, 2001). Para tal, é essencial que a psicomotricista tenha a capacidade de não só observar o estado tónico do indivíduo, mas também de autorregular o seu tônus. Esta foi uma competência que a psicomotricista aprofundou ao longo do programa de intervenção. No início do programa, a psicomotricista tinha necessidade de previamente à sessão ter um momento de auto relaxação antes de dar início às suas sessões de toque-massagem psicomotora. À medida que o programa se foi desenvolvendo a psicomotricista sentiu esta necessidade diminuir, uma vez que a sua capacidade de se auto relaxar melhorava. Esta facilidade de autorregulação tónica da psicomotricista resultou numa maior disponibilidade tónico-emocional da mesma para os participantes do estudo, que é essencial para promover a vivência dos estados de relaxamento, vivenciados pelos indivíduos através do calor e da sensação de alívio. Por exemplo, numa das sessões, o Carlos referiu “Senti as suas mãos muito quentes quando me tocou na mão”; o Manuel disse “Gosto muito quando me faz a massagem aqui (na nuca), no cimo da cabeça e na testa. Sinto muito alívio”; “Assim, na cabeça parece que alivia um bocadinho, eu sofro um bocadinho lá dentro. É agradável na cabeça.”

Para além da disponibilidade tónica, é também essencial a disponibilidade para receber os afetos e as angústias dos pacientes. Foi interessante constatar a mudança da vivência das sensações de relaxação pelo António. Se no início manifestava bastante resistência, a partir do momento em que pôde expressar as suas angústias relativamente à proximidade do aniversário (que a psicomotricista recebeu e ajudou a elaborar), o

António passou a vivenciar as sessões com muito mais prazer e disponibilidade para as sensações proporcionadas. Efetivamente, a intervenção psicomotora pressupõe sempre um vínculo que estabiliza e dá a segurança necessária para um investimento, mas também a presença de um outro um olhar externo que reconhece, avalia e valoriza a expressão pessoal do participante (Veiga, 2018).

O investimento da psicomotricista no indivíduo, parece ter contribuído para o aumento do investimento da pessoa em si mesmo. Exemplo desse investimento foi o Manuel, que, gradualmente, passou a exhibir-se com uma melhoria acentuada no cuidado da sua imagem e higiene corporal. Estas mudanças poderão, também, ser justificadas pelo impacto positivo promovido pelo toque-massagem psicomotora sobre a imagem corporal, que na perspectiva de Martins (2001) deve ser central no processo de intervenção.

A presença de um psicomotricista corporal e psiquicamente disponível para os participantes, bem como a leveza, a contenção e os movimentos de balanceamento que caracterizam o toque-massagem psicomotora parecem ter conseguido proporcionar uma *maternage*. Por exemplo, o António referiu, “a menina preocupa-se connosco, está aqui para cuidar de nós”, salientando, “agora estou mais tranquilo, sinto o meu corpo mais quente, mais calmo”; O Alexandre mencionou que o toque, os movimentos de balanceamento na cabeça faziam-lhe “lembrar a minha mãe quando eu era pequeno”. É, no entanto, importante ressaltar a importância da formação psicocorporal e clínica do psicomotricista neste tipo de intervenção, bem como da supervisão regular da prática psicomotora. Efetivamente, o presente estudo evidenciou que, quer a formação psicocorporal e clínica, quer a supervisão regular devem ser condições *sine qua non*s das intervenções psicocorporais com pessoas com esquizofrenia.

De um modo geral, o trabalho desenvolvido permitiu evidenciar a importância da capacidade da psicomotricista de observar e avaliar as flutuações tónicas dos participantes, considerando a postura, os comportamentos inibitórios ou defensivos, uma vez que estes podiam estar a ser influenciados pelo uso do toque ou pela regulação do espaço que é mantido com o indivíduo (Martins, 2001; Boscaini, 2003 cit por Maximiano 2004). Por exemplo, foi possível identificar a tensão, atitude e discurso defensivo, o desconforto quando as mãos deslizavam pelas ancas do António nas sessões iniciais e ajustar o protocolo de toque-massagem psicomotora. Assim como, os participantes, particularmente nas sessões iniciais, demonstraram alguma relutância e sinais de desconforto perante a situação vivenciada, estes foram progressivamente tendo uma

postura menos defensiva, quer na atitude, quer no discurso, aceitando a proposta terapêutica. Ressalva-se que em todo este processo houve disponibilidade corporal de ambas as partes, resultando numa “tónica emocional tranquilizador” (Mira & Fernandes, 2015, p. 82) em prole do relaxamento e bem-estar dos participantes. Assim, recorreu-se a uma boa gestão e observação da relação comunicacional, verbal, não verbal e sobretudo no seu diálogo tónico-emocional com e dos participantes, conseguiu-se superar constrangimentos.

Considerou-se sempre a comunicação verbal e não verbal dos participantes, com ênfase nesta última dimensão do processo de comunicação, uma vez que o psicomotricista tem de saber “assegurar, na esfera não verbal, por um lado, tudo o que à linguagem do corpo (body language) diz respeito e, por outro, o contexto em que decorrem as ações de Psicomotricidade” (Mira & Fernandes, 2015, p. 85). Assim, procurou-se sempre fazer uma “leitura” da linguagem corporal dos participantes, das flutuações tónicas, da postura, da inibição ou defensividade, nomeadamente, das dificuldades em ser balanceados nos membros, de direcionar o olhar para a psicomotricista ou da necessidade de evitar o diálogo no final da sessão. Progressivamente, houve um abandono das resistências, das dificuldades exibidas pelos participantes. O António, o Alexandre e o Carlos foram exibindo sinais de relaxamento abandonando progressivamente as tensões, os desconfortos, as posturas tensas presentes (ajustes da posição na marquesa, dificuldades em colocar os braços, procurar a terapeuta através do olhar, abrir e fechar os olhos com frequência ou manter os olhos fechados, respiração acelerada) nas sessões iniciais mais rapidamente que o Manuel. Neste seguimento, procurou-se identificar o “comportamento” dos participantes e transmitir segurança, tranquilidade, empatia reconhecido por Mira e Fernandes (2015), como um “espelhamento”, nos quais “os comportamentos corporais se reproduzem”, procurando um “acordo”, uma relação (comunicação)”.

As sessões iniciais foram difíceis, angustiantes para os participantes e por sua vez para a psicomotricista. Os participantes não tinham por prática institucional momentos de relaxamento regulares, sendo pontuais e secundários, o que levou os participantes a sentirem-se desconfiados e pouco confortáveis aquando do convite e da exposição dos procedimentos para participarem no estudo. Por exemplo, o António disse “eu não sou uma pessoa importante para estar aqui”. Possivelmente, se se voltar a repetir algo semelhante no seio institucional não terá tanta resistência. Contudo, a psicomotricista teve

desde o início o papel de esclarecer e tranquilizar os participantes sobre o protocolo, deixando claro o motivo daquele grupo de participantes ter sido selecionado, desconsertando as ideias que estes poderiam ter.

Por outro lado, a previsibilidade do método ao seu carácter sequencial e repetitivo parece ter sido um fator tranquilizante, pois foi à medida que os participantes se apercebiam da previsibilidade das sessões, diminuía a partilha de conteúdos verbais durante a sessão, aumentando-a por sua vez no diálogo final; por outro lado, à medida que as sessões avançaram alguns participantes acediam de tal forma ao relaxamento que diminuía significativamente os seus níveis de vigília, aproximando-os do sono. Por exemplo, o Alexandre, nas últimas sessões passou a demonstrar boa disposição, deitando-se na marquesa, revelando despreocupações aparentes (fechar os olhos por períodos mais longo, sem tensão no rosto, respiração leve e compassada). Revelava, ainda, sinais de relaxamento (membros relaxados, olhos fechados, não condução do balanceamento) e, após a massagem, ficava alguns minutos imóvel, sem abrir os olhos, sem nunca revelar pressa em se ir embora; o Carlos verbalizava o toque “leve. levezinho e suave”, acrescentando “eu tinha os pés frios e agora já não, aqueceram”, “doía-me a cabeça e já não dói”, “era bom (o toque)”; António sentia que “estava um bocadinho acelerado, mas agora não”, “acho que adormeci, desculpe, tá bem?”. O toque-massagem psicomotora, através do toque permitiu levar tranquilidade, calor e afeto e simultaneamente proporcionou uma maior apreciação do corpo da pessoa que está a receber (Sims, 1988 *cit* por Bush, 2001). Assim, o toque-massagem psicomotora possibilita que surja um aumento de apreciação corporal, ou seja, uma reformulação da imagem corporal, através das sensações de conforto e bem-estar durante o toque-massagem psicomotora.

O acolhimento deste programa de intervenção terapêutica de toque-massagem psicomotora a nível institucional e pela equipa técnica foi recebido inicialmente com algum ceticismo. As resistências, o desconhecimento das práticas e dos benefícios da atuação da psicomotricidade é uma situação presente no seio da equipa. Contudo, através deste programa de intervenção foi possível dar a conhecer e reafirmar a sua importância, uma vez, que os participantes aderiram, procuravam a terapeuta e aguardavam quando necessário pela sua intervenção, o que não é comum nos outros contextos terapêuticos da instituição. Este foi um dos pontos mencionado em equipa, assim como, a diferença que notavam nos participantes quanto ao seu discurso e atitude, sentindo-os mais autónomos e confiantes. Para além da mudança nos participantes, verificou-se uma mudança ao nível

da representação da atuação do psicomotricista e logo da aceitação deste tipo de intervenção em que a mesma ocorreu, promovendo desta forma uma maior aceitação para as propostas terapêuticas realizadas pela psicomotricista da instituição e de discussão de novos casos que poderiam usufruir desta abordagem de mediação corporal, o toque-massagem psicomotora.

No decorrer da aplicação e análise do presente estudo apontaram-se algumas limitações ao mesmo, implicações para a prática e sugestões para futuras investigações relativas ao tema. Uma das limitações deste estudo prende-se pela sua curta duração, pensa-se que uma intervenção mais longa poderia ter contribuído para observação e recolha de dados mais amplos. Outra limitação apontar é a falta de entrevistas, questionários formais aos elementos técnicos da instituição a fim de analisar a percepção destes antes e depois da aplicação do programa terapêutico. Este estudo faz várias contribuições significativas para a literatura sobre a psicomotricidade e o toque terapêutico, nomeadamente, aumentam a compreensão relativamente à vivência corporal de pessoas com esquizofrenia institucionalizadas com uma intervenção terapêutica baseada no toque-massagem psicomotora. Assim como, contribuiu para aumentar o conhecimento do toque-massagem psicomotora, um método ainda pouco investigado, particularmente em estudos relacionados com a consciência, esquema e imagem corporal, sensações de prazer e relaxamento que incluam pessoas com esquizofrenia institucionalizadas. Deseja-se a replicação deste estudo em outros contextos, nomeadamente, comunitários e de saúde, pelo prazer e relaxamento das pessoas com esquizofrenia .

5. Conclusão

O presente estudo permitiu a análise e compreensão do processo de intervenção num programa de toque-massagem psicomotora em pessoas com esquizofrenia institucionalizadas. Pretendeu, ainda, contribuir para a literatura sobre a atuação da psicomotricidade e o toque terapêutico, assim como, ampliar o conhecimento do toque-massagem psicomotora, uma técnica ainda pouco explorada e com poucos estudos publicados, particularmente relacionados com a vivência corporal que incluam pessoas com esquizofrenia institucionalizadas.

O programa de toque-massagem psicomotora demonstrou promover melhorias importantes ao nível consciência do corpo, nomeadamente do esquema corporal, uma vez que todos os participantes apresentaram uma maior precisão na perceção do corpo, aproximando o corpo-percebido ao corpo-real. Assim como, verificou-se um impacto positivo sobre a imagem corporal através de uma maior apreciação e cuidados corporais. No diálogo tónico-emocional verificou-se uma diminuição da tensão corporal, uma maior disponibilidade comunicacional e adequação dos ritmos corporais ao envolvimento e com o outro nos quatro participantes. A partir das experiências proporcionadas no contexto terapêutico, o toque-massagem psicomotora apresentou vivências de conforto, sensações agradáveis e de prazer, relaxamento, exteriorizado pelo bem-estar geral dos participantes. Por fim, para além da mudança nos participantes, verificou-se uma mudança ao nível da representação e aceitação institucional deste tipo de intervenção promovendo desta forma uma maior aceitação para as propostas terapêuticas realizadas pela psicomotricista.

Este estudo evidenciou que esta abordagem de mediação corporal, o toque-massagem psicomotora, é uma prática conveniente para melhorar as vivências corporais a nível perceptivo e afetivo do corpo, e que deve ser considerada nas intervenções psicomotoras em pessoas com esquizofrenia.

6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Amparo, D., & Antúnez, A. (2012). O corpo vivido na psicose. *Avaliação Psicológica*, 11(3), 335–346.
- André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie*. Paris: Ed. Heures de France.
- Andres, V., Bellwald, L., & Brenner, H. (1993). Empirical study of a Physically orientated therapy with schizophrenic patients. *Zeitschrift Fuer Klinische Psychologie, Psychopathologie Und Psychotherapie*, 41, 159–169.
- Anzieu, D. (2000). *O Eu-pele* (2nd ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arágon, M. (2006). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Arantes-Gonçalves, F. (2014). *Autismo de Bleuer*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Askevold, F. (1975). Measuring body image. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26(71–77).
- Aucouturier, B. (1993). Niveles de la expresividad motriz. *Revista de Educación Especial*, 15, 39–48.
- Bruchon-Schweitzer. (1987). Dimensionality of the body image: the body image questionnaire. *Percept and Motor Skills*, 65, 887–892.
- Bush, E. (2001). The use of human touch to improve the well-being of older adults a holistic nursing intervention. *Journal of Holistic Nursing*, 19(3), 256–270.
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris: De Boeck-Solal.
- Coelho, C., & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), 355–379.
- Cumming, K. (1988). The neurobiology of the body schema. *British Journal of Psychiatry*, 153, 7–11.
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In *Atualidades da Prática Psicomotora* (1st ed.). Rio de Janeiro: Wak Editora.

- Fernandes, J., Filho, P., & Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702–709.
- Field, T. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53, 1271–1281.
- Field, T. (1999). Preschoolers in America are touched less and are more aggressive than pre-schoolers in France. *Early Child Development and Care*, 151, 11–17.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, 30, 367–383.
- Field, T. (2014). *Touch* (2nd ed.). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2007). Massage therapy research. *Developmental Review*, 27, 75–89. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.12.002>
- Fonseca, C., Gama, E., Thurm, B., Pereira, E., Limongelli, A., & Miranda, M. (2012). Benefícios da estimulação perceptual corporal no esquema corporal de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 353–364.
- Fritz, S. (2000). *Fundamentos da Massagem Terapêutica*. Brasil: Mosby, Inc.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris: Heures de France.
- Gulledge, A., Hill, M., Lister, Z., & Saillion, C. (2007). Non-erotic physical affection: it's good for you. In L'Abate. In *Low-cost approaches to promote physical and mental health: Theory, research and practice*. New York.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehler, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54, 1389–1398.
- Henricson, M., Berglund, L., Maatta, S., Ekman, R., & Segesten, K. (2008). The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients: a randomized trial. *Journal of Clinical Nursing*.
- Kerillis, N. (2013). *Hypnose, relaxation et toucher thérapeutique: pour une pratique psychomotrice intégrative auprès de patients adultes*. Université de La Réunion .
- Kim, E., & Buschmann, M. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36(6), 235–243.
- Latorre, A. (2003). *La Investigación- Acción*. Barcelo: Giraó.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853–884.
- Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O Corpo como Ponte entre a Emoção e a Razão. In *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação - O diálogo tônico-emocional no nascimento da vida psíquica, PsiLogos. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 13(1), 34–43.

- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85–95.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2016). Aspetos da comunicação não-verbal usados pelo psicomotricista para o sucesso da sua intervenção terapêutica – um estudo de caso. *Revista Educação: Temas e Problemas*, (15), 104–121.
- Mira, A., & Fernandes, J. (2015). Comunicação não verbal na intervenção psicomotora. In *Atualidades da prática psicomotora*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Montagu, A. (1988). *Tocar. o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Osgood, C. E., Suci, G., & Tannenbaum, P. (1957). *The measurement of meaning*. Illinois: University of Illinois Press.
- Pope, C., & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à Saúde* (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Priebe, S., & Rohricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 10, 289–301.
- Roque, G., Moutinho, G., & Pereira, C. (2016). *Efeitos de uma intervenção terapêutica de toque-massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas*. Universidade de Évora.
- Salzmann-Erikson, M., & Eriksson, H. (2005). Encountering touch: a path to affinity in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 843–852.
- Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidl, Edições Técnicas Lda.
- Segheto, W., Segheto, K., Silva, C., & Gama, E. (2011). Esquema corporal e nível de atividade física em adultos jovens universitários. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 19(3), 29–36.
- Terasawa, M. (2004). Unconscious communication revealed in massage for psychiatric patients. *The Japan Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 14–23.
- Thurm, B., Matoso, A., Diaz, A., Paschoalini, C., Neves, E., Tuunelis, R., ... Gama, E. (2013). Chronic pain effect on body schema and Neuropsychological performance in athletes: A pilot study. *Perceptual & Motor*, 116(2), 544–553.
- Urie, R. (2012). *The eficácia of massage therapy for people with schizophrenia*. Tasmania: University of Tasmania.
- Vancampfort, D., Correll, C., Scheewe, T., Probst, M., De Herdt, A., Knapen, J., & De Hert, M. (2012). Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: A systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 27(4).
- Vasconcelos, F. (1995). *A imagem corporal no período peripubertário - Comparação de três grupos étnicos numa perspectivabiocultural*. Universidade do Porto.
- Vaughan, S. (1995). The gentle touch. *Journal of Clinical Nursing*, 4(46), 359–368.
- Veiga, G. (2018). Mestrado em Psicomotricidade: Relaxação Terapêutica – a abordagem

psicomotora [Diapositivos PowerPoint]. Universidade de Évora, Évora.

Veiga, G., Hillenbrand, A. N., & Pereira, C. (2019). O toque terapêutico no envelhecimento. In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo (Eds.), *Envelhecer em Segurança no Alentejo. Compreender para agir*. Évora, Portugal.

Watson, W. H. (1975). The meaning of touch: geriatric nursing. *Journal Of Communication*.

World Health Organization (2017). Schizophrenia. Retrieved from <http://www.who.int/topics/schizophrenia/>

7. Anexos

7.1. Anexo I - Plano de Sessão - Exemplo

_____ a Sessão de Psicomotricidade – Toque-massagem psicomotora Sessão Individual Dia ____/____/____ - ____h
--

Tempo	Atividade	Descrição	Objetivos	Material	Observação
5`	Conversa inicial	O indivíduo é convidado a sentar-se, onde se apresenta os objetivos da sessão e procedimento da mesma	Compreender a dinâmica da sessão	Cadeira ou cama	
30`	Toque-massagem psicomotora	É pedido ao indivíduo que se deite em decúbito dorsal sobre a cama, ou na posição que lhe seja mais confortável, dando início à toque-massagem psicomotora.	Reforçar unidade psicorporal do indivíduo; Promover um contacto contentor, envelopante; Promover sensações corporais novas, estruturantes e agradáveis; Reforçar a consciência do envelope psicorporal;	Cama	
5`	Diálogo final	O indivíduo é convidado a sentar-se de modo a conversar sobre as vivências durante a sessão.	Refletir sobre a vivência da toque-massagem psicomotora ao nível das sensações corporais Refletir sobre a vivência da toque-massagem psicomotora ao nível dos estados emocionais	Cadeira ou cama	

7.2. Anexo II - Consentimento Informado

Exmo(a)s Sr(a)s

Sou uma aluna da Universidade de Évora e estou neste momento a realizar um estudo, no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade, que tem como objetivos avaliar a influência de uma Intervenção Terapêutica de Toque-massagem psicomotora na Vivência Corporal de Pessoas com Esquizofrenia Institucionalizadas, sob a orientação da Professora Guida Veiga e da Professora Constança Biscaia, ambas docentes da Universidade de Évora. Venho por este meio solicitar a sua participação no respetivo estudo.

A sua participação consiste na participação em sessões individuais de toque-massagem psicomotora, duas vezes por semana, durante um período de 8 semanas. E na realização de testes não invasivos, antes e após a intervenção, que engloba um questionário sobre a imagem corporal e um procedimento que avalia o esquema corporal. A recolha dos dados será efetuada pelo investigador individualmente numa divisão, que garantirá a privacidade e um ambiente seguro.

Em todos os momentos do estudo serão mantidos o anonimato e a confidencialidade de todos os participantes através do uso de codificação, de forma a garantir que as condutas e procedimentos éticos que regem a pesquisa com humanos seja assegurada.

O seu consentimento é necessário para a participação voluntária na investigação e poderá ser interrompido a qualquer altura, sem que daí advenha qualquer consequência.

Se em algum momento tiver dúvidas ou necessitar de algum esclarecimento adicional poderá entrar em contacto através do email: rosa02.mh@hotmail.com.

Desde já agradecemos a sua atenção.

(Rosa Maria Ferreira)

Declaro que li e compreendi toda a informação que me foi apresentada quer de forma verbal quer de forma escrita. Foi-me assegurada a possibilidade de recusar a participação no estudo, a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer consequência.

Aceito livremente, de forma voluntária participar neste estudo e:

☐ autorizo a utilização dos dados;

☐ autorizo o uso da minha imagem na forma de vídeo;

Confio que os mesmos serão somente utilizados para esta investigação e serão cumpridos os princípios éticos apresentados pela investigadora, no âmbito da investigação intitulada “Intervenção Terapêutica de Toque-massagem psicomotora na Vivência Corporal de Pessoas com Esquizofrenia Institucionalizadas”.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

_____, ____ de _____ de 2018

Assinatura do Participante (ou representante legal):

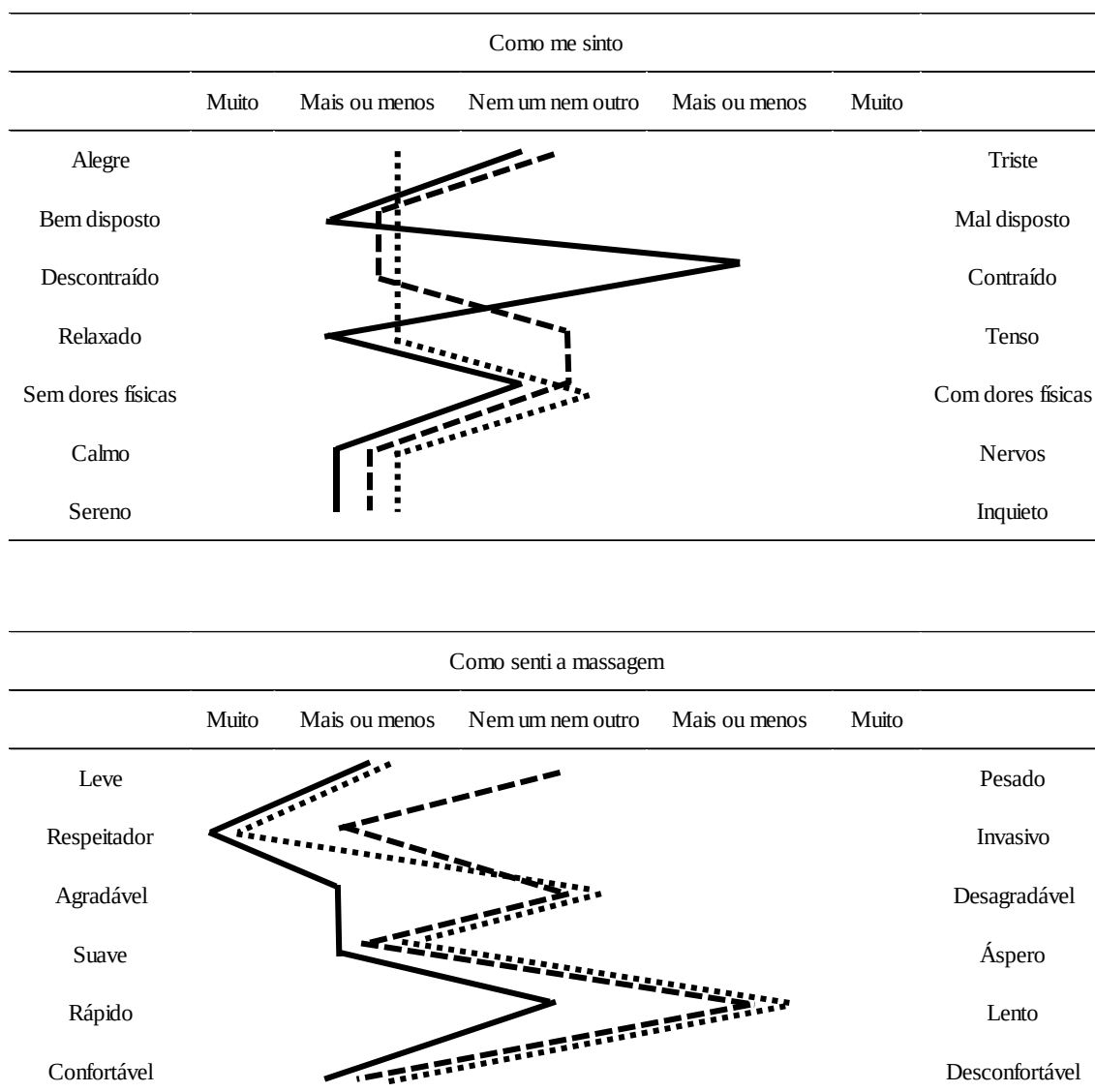
7.3. Anexo III – Resultados da Avaliação Inicial e Final - Manuel

Tabela 2 – Resultados do Questionário da Percepção da Imagem Corporal - Manuel

	Muito frequente	Com alguma frequência	Nem um, nem outro	Com alguma frequência	Muito frequente	
Em má saúde				I F		Em boa saúde
Fisicamente atrativo		F	I			Fisicamente não atrativo
Fonte de prazer		I F				Fonte de desprazer
Feminino					I F	Masculino
Puro, limpo		F	I			Impuro, sujo
Medroso		I		F		Audacioso
Vazio		I		F		Cheio
Coisa que se pode tocar	F	I				Coisa em que não se pode tocar
Indiferente, Frio				I F		Terno, caloroso
Exprimindo cólera				I	F	Exprimindo calma
Expressivo		I F				Inexpressivo
Coisa que se mostra		F		I		Coisa que não se mostra
Calmo, sereno		I F				Nervoso, inquieto
Velho		I		F		Jovem
Erótico			I F			Não erótico
Frágil, fraco		I		F		Resistente, forte
Alegre		F		I		Triste
Coisa para que não se olha		I	F			Coisa para que se olha
Enérgico		F	I			Não enérgico

Legenda: I – Avaliação Inicial F – Avaliação Final

Tabela 3- Resultados do Diferencial Semântico - Manuel



Legenda:

Primeiro momento
 Segundo momento
 Terceiro momento

Tabela 4 – Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - Manuel

Variável (%)	IPC Pré-intervenção	IPC Pós-intervenção	Aproximação Tamanho Percebido-
	% 100-IPC	% 100-IPC	Tamanho Real
Esquema Corporal			
AC	99.07 (.03)	94.38 (5.62)	↘
AOD	104.48 (4.48)	98.84 (1.16)	↗
AOE	100,23 (.23)	101.43 (1.43)	↘
ACD	118.77 (18.77)	100.11 (.11)	↗
ACE	125.65 (25.65)	115.05 (15.05)	↗
ATD	111.47 (11.47)	122.51 (22.51)	↘
ATE	123.13 (23.13)	123.75 (23.75)	↘
LO	109.68 (9.68)	89.39 (10.61)	↘
LC	120.58 (20.58)	103.7 (3.7)	↗
LT	129.53 (29.53)	92.31 (7.69)	↗
Geral	114.26 (14.26)	104.15 (4.15)	↗

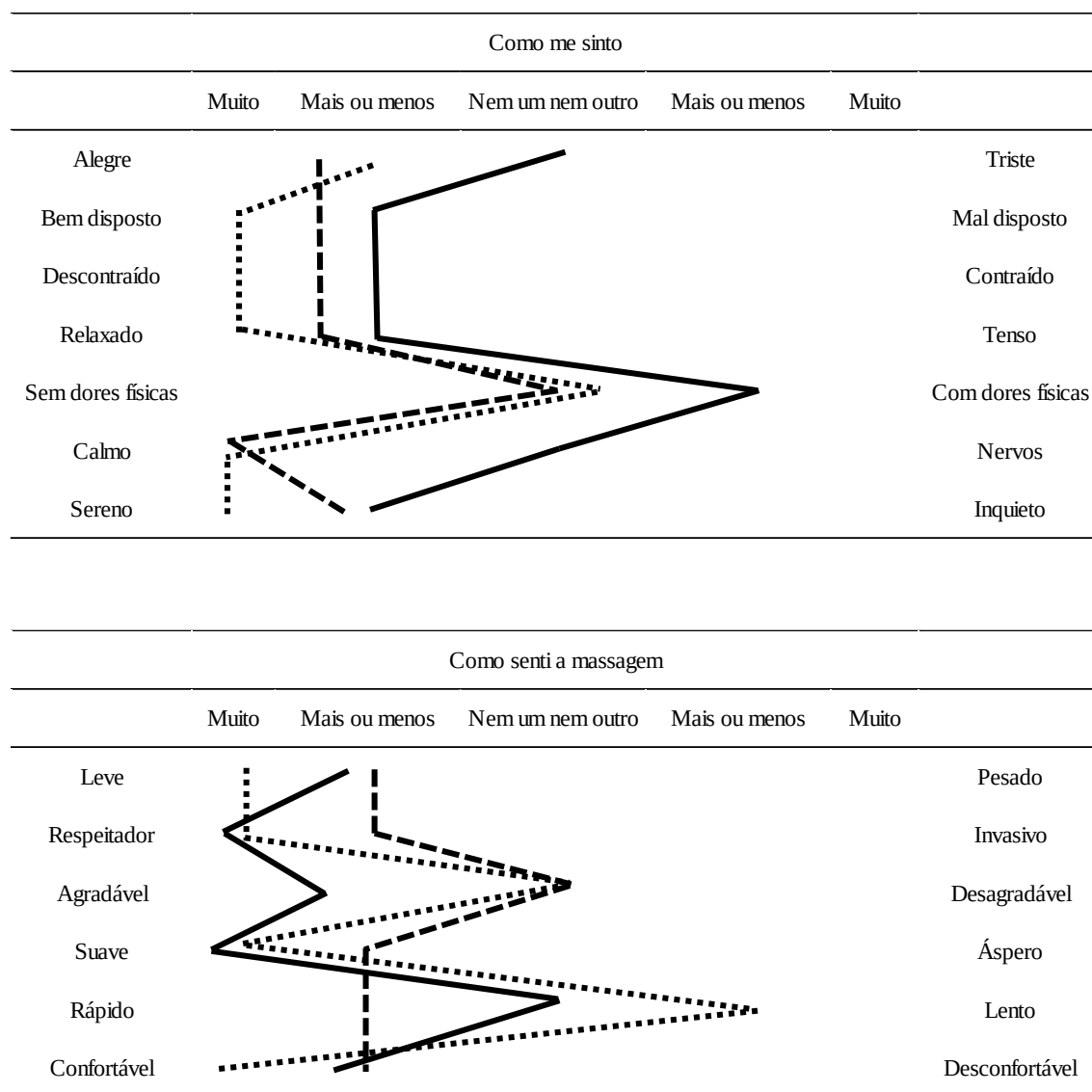
Legenda: AC – Altura da Cabeça; AOD – Altura do ombro Direito; AOE – Altura do Ombro Esquerdo; ACD – Altura da Cintura Direita; ACE – Altura da Cintura Esquerda; ATD – Altura do Trocânter Direito; ATE – Altura do Trocânter Esquerdo; LO – Largura Ombros; LC – Largura Cintura; LT – Largura Trocânteres; ↗ - Aproximação do Tamanho Percebido ao Tamanho Real; ↘ Afastamento do Tamanho Percebido ao Tamanho Real;

7.4. Anexo IV – Resultados da Avaliação Inicial e Final - António

Tabela 5 - Resultados do Questionário da Perceção da Imagem Corporal - António

	Muito frequente	Com alguma frequência	Nem um, nem outro	Com alguma frequência	Muito frequente	
Em má saúde		I		F		Em boa saúde
Fisicamente atrativo			I F			Fisicamente não atrativo
Fonte de prazer			I F			Fonte de desprazer
Feminino					I F	Masculino
Puro, limpo		F		I		Impuro, sujo
Medroso		I		F		Audacioso
Vazio		I		F		Cheio
Coisa que se pode tocar		I F				Coisa em que não se pode tocar
Indiferente, Frio			I	F		Terno, caloroso
Exprimindo cólera				I	F	Exprimindo calma
Expressivo		F		I		Inexpressivo
Coisa que se mostra		F		I		Coisa que não se mostra
Calmo, sereno		F		I		Nervoso, inquieto
Velho		I		F		Jovem
Erótico			I	F		Não erótico
Frágil, fraco		I		F		Resistente, forte
Alegre		F		I		Triste
Coisa para que não se olha		I		F		Coisa para que se olha
Enérgico		I		F		Não enérgico
Legenda: I – Avaliação Inicial F – Avaliação Final						

Tabela 6- Resultados do Diferencial Semântico - António



Legenda:

Primeiro momento
 Segundo momento
 Terceiro momento

Tabela 7- Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - António

Variável (%)	IPC Pré-intervenção	IPC Pós-intervenção	Aproximação Tamanho
	% 100-IPC	% 100-IPC	Percebido-Tamanho Real
Esquema Corporal			
AC	106.24 (6.24)	102,42 (2.42)	↗
AOD	118.04 (18.04)	113.24 (13.24)	↗
AOE	103.11 (3.11)	102.61(2.61)	↗
ACD	114.57 (14.57)	109.4 (9.4)	↗
ACE	111.5 (11.5)	106.04 (6.04)	↗
ATD	108.35 (8.35)	122.38 (22.38)	↘
ATE	104.9 (4.9)	111.03 (11.03)	↘
LO	92.93 (7.07)	81.52 (18.48)	↘
LC	131.53 (31.53)	86.85 (13.48)	↗
LT	137,92 (37.92)	91.64 (8.36)	↗
Geral	112,91 (12.91)	99.71(.29)	↗

Legenda: AC – Altura da Cabeça; AOD – Altura do ombro Direito; AOE – Altura do Ombro Esquerdo; ACD – Altura da Cintura Direita; ACE – Altura da Cintura Esquerda; ATD – Altura do Trocânter Direito; ATE – Altura do Trocânter Esquerdo; LO – Largura Ombros; LC – Largura Cintura; LT – Largura Trocânteres; ↗ - Aproximação do Tamanho Percebido ao Tamanho Real; ↘ Afastamento do Tamanho Percebido ao Tamanho Real;

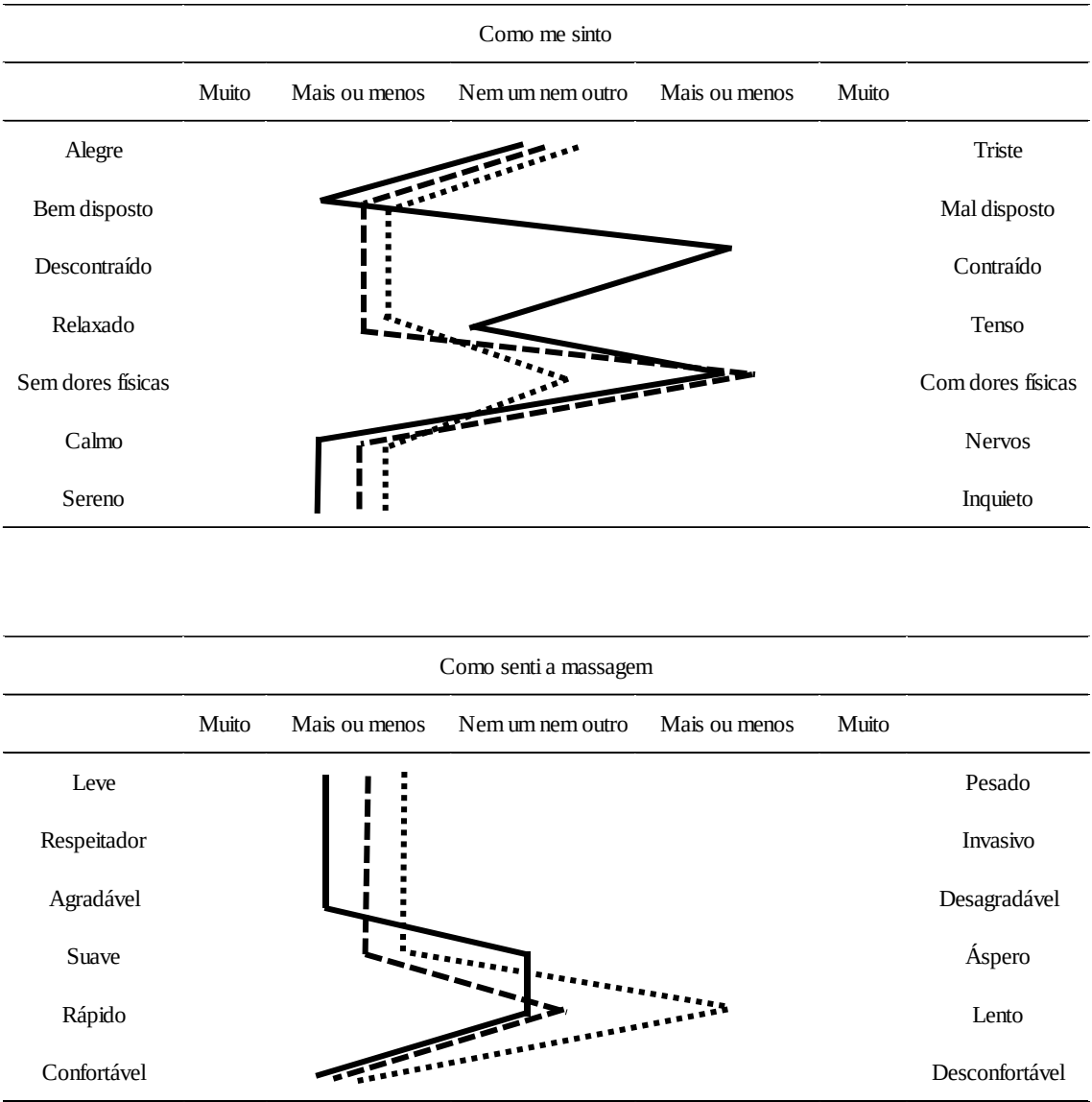
7.5. Anexo V – Resultados da Avaliação Inicial e Final – Carlos

Tabela 8 - Resultados do Questionário da Percepção da Imagem Corporal - Carlos

	Muito frequente	Com alguma frequência	Nem um, nem outro	Com alguma frequência	Muito frequente	
Em má saúde				I	F	Em boa saúde
Fisicamente atrativo	F I					Fisicamente não atrativo
Fonte de prazer	F I					Fonte de desprazer
Feminino					I F	Masculino
Puro, limpo	F I					Impuro, sujo
Medroso		F I				Audacioso
Vazio		I		F		Cheio
Coisa que se pode tocar	F I					Coisa em que não se pode tocar
Indiferente, Frio				I F		Terno, caloroso
Exprimindo cólera			F	I		Exprimindo calma
Expressivo	F			I		Inexpressivo
Coisa que se mostra	F			I		Coisa que não se mostra
Calmo, sereno		F		I		Nervoso, inquieto
Velho					F I	Jovem
Erótico	F I					Não erótico
Frágil, fraco				I	F	Resistente, forte
Alegre	F			I		Triste
Coisa para que não se olha		F		I		Coisa para que se olha
Enérgico		F		I		Não enérgico

Legenda: I – Avaliação Inicial F – Avaliação Final

Tabela 9 - Resultados do Diferencial Semântico - Carlos



Legenda:

— Primeiro momento - - - Segundo momento Terceiro momento

Tabela 10 - Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - Carlos

Variável (%)	IPC Pré-intervenção	IPC Pós-intervenção	Aproximação Tamanho
	% 100-IPC	% 100-IPC	Percebido-Tamanho Real
Esquema Corporal			
AC	83,09 (16,91)	94,22 (5.78)	↗
AOD	95,04 (4.6)	98,09 (1.91)	↗
AOE	88,2 (11.8)	96,09 (3.91)	↗
ACD	106,48 (6.48)	106,94 (6,94)	↘
ATD	115,35 (15.35)	110,55(10,55)	↗
ATE	109,12 (9.12)	117,89 (17,89)	↘
LO	89,61(10.39)	94,88 (5.12)	↗
LC	144,53 (44.53)	83,16 (16.84)	↗
LT	127,68 (27.68)	103,74 (3.74)	↗
Geral	105,61(5.61)	101,52 (1.52)	↗

Legenda: AC – Altura da Cabeça; AOD – Altura do ombro Direito; AOE – Altura do Ombro Esquerdo; ACD – Altura da Cintura Direita; ACE – Altura da Cintura Esquerda; ATD – Altura do Trocânter Direito; ATE – Altura do Trocânter Esquerdo; LO – Largura Ombros; LC – Largura Cintura; LT – Largura Trocânteres; ↗ - Aproximação do Tamanho Percebido ao Tamanho Real; ↘ Afastamento do Tamanho Percebido ao Tamanho Real;

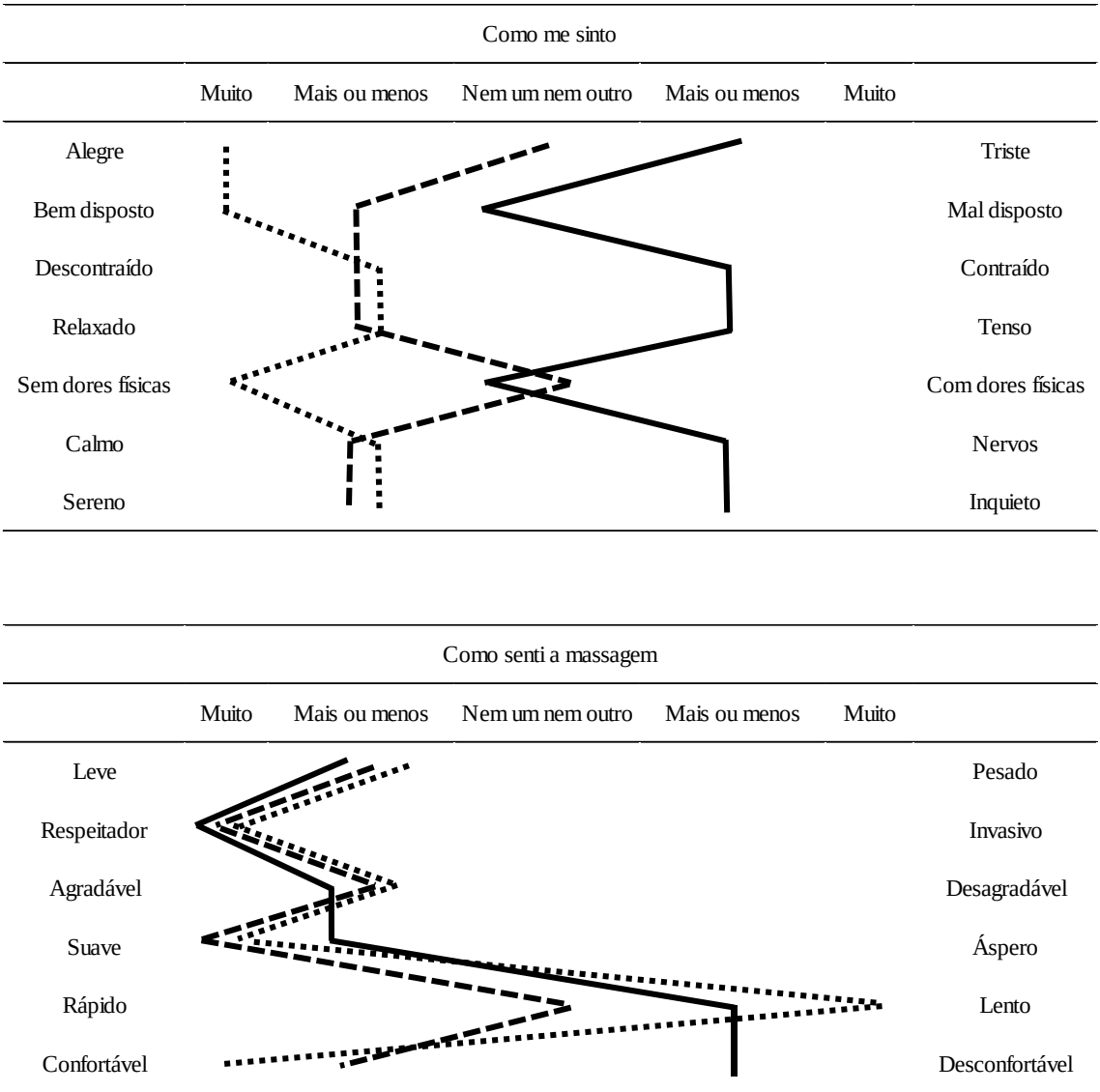
7.6. Anexo VI – Resultados da Avaliação Inicial e Final – Alexandre

Tabela 11- Resultados do Questionário da Percepção da Imagem Corporal - Alexandre

	Muito frequente	Com alguma frequência	Nem um, nem outro	Com alguma frequência	Muito frequente	
Em má saúde				I F		Em boa saúde
Fisicamente atrativo				F	I	Fisicamente não atrativo
Fonte de prazer			F	I		Fonte de desprazer
Feminino					I F	Masculino
Puro, limpo		F		I		Impuro, sujo
Medroso		I F				Audacioso
Vazio	I			F		Cheio
Coisa que se pode tocar		F		I		Coisa em que não se pode tocar
Indiferente, Frio			I	F		Terno, caloroso
Exprimindo cólera				I	F	Exprimindo calma
Expressivo		F			I	Inexpressivo
Coisa que se mostra		F		I		Coisa que não se mostra
Calmo, sereno		F			I	Nervoso, inquieto
Velho					I F	Jovem
Erótico				I	F	Não erótico
Frágil, fraco		I		F		Resistente, forte
Alegre		F		I		Triste
Coisa para que não se olha			I	F		Coisa para que se olha
Enérgico		F		I		Não enérgico

Legenda: I – Avaliação Inicial F – Avaliação Final

Tabela 12 – Resultados do Diferencial Semântico - Alexandre



Legenda:

— Primeiro momento - - - Segundo momento Terceiro momento

Tabela 13 - Resultados da Avaliação Inicial e Final IMP - Alexandre

Variável (%)	IPC Pré-intervenção	IPC Pós-intervenção	Aproximação Tamanho
	% 100-IPC	% 100-IPC	Percebido-Tamanho Real
Esquema Corporal			
AC	95.27 (4.73)	92.42 (7.58)	↘
AOD	106.73 (6.73)	97.57 (2.43)	↗
AOE	107.34 (7.34)	94.68 (5.32)	↗
ACD	105.86 (5.86)	105.79 (5.79)	↗
ACE	103.84 (3.84)	107.1 (7.1)	↘
ATD	103.09 (3.09)	98.87 (1.13)	↗
ATE	107.3 (7.3)	100.62 (.62)	↗
LO	86.3 (13.7)	106.6 (6.60)	↗
LC	87.32 (12.68)	101.09 (1.09)	↗
LT	79.89 (20.11)	103.73(3.73)	↗
Geral	97.63 (2.37)	101.52 (1.52)	↗

Legenda: AC – Altura da Cabeça; AOD – Altura do ombro Direito; AOE – Altura do Ombro Esquerdo; ACD – Altura da Cintura Direita; ACE – Altura da Cintura Esquerda; ATD – Altura do Trocânter Direito; ATE – Altura do Trocânter Esquerdo; LO – Largura Ombros; LC – Largura Cintura; LT – Largura Trocânteres; ↗ - Aproximação do Tamanho Percebido ao Tamanho Real; ↘ Afastamento do Tamanho Percebido ao Tamanho Real;