

Psicomotricidade



reflexões, contextos e mediadores

Editores

Guida Veiga, Jorge Fernandes,
António Ricardo Mira, José Marmeleira

A necessidade que sentimos de dar respostas àqueles que se interessam pela psicomotricidade levou-nos, quer por incentivos internos, que por incentivos externos, a publicar este livro e, assim, contribuir para a construção de um pensamento plurifacetado, mas coeso, que informe a práxis psicomotora.

Os textos que se disponibilizam são também um reflexo do pensamento primeiro de Ajuriaguerra que se espelha em cada uma das ideias aqui desenvolvidas por profissionais que lecionam saberes transdisciplinares da psicomotricidade na Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano e na Sorbonne Université - Faculté de Médecine de Pitié Salpêtrière, Paris.



ISBN 9798776394775



9 798776 394775

9 0000



Copyright © 2022 Guida Veiga, Jorge Fernandes,
António Ricardo Mira, José Marmeleira

Todos os direitos reservados.
ISBN: 9798776394775

Capa: Rosa Santana

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

O toque na prática psicomotora

António Ricardo Mira & Guida Veiga

O toque é 10 vezes mais efetivo do que o contato verbal ou emocional e afeta, praticamente, tudo que fazemos. Nenhum outro sentido o afeta tanto como o toque [...] Estamos nos esquecendo de que o toque não é somente uma necessidade básica para nossa espécie, mas é a chave de nossa existência (Tiffany Field, 2003).

A psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal... Assim começam inúmeras definições da práxis psicomotora, elencando os diferentes mediadores (jogo, relaxação, movimento, etc.). Não obstante, são escassos os trabalhos sobre o que está sempre presente na mediação corporal: o toque (na sua presença ou na sua ausência). E, no entanto, o toque é a

linguagem dos sentidos, na qual podemos ser todos socializados, é capaz de ampliar nossa valorização do outro e do mundo em que vivemos, e de aprofundar nossa compreensão em relação a eles. Tocar é a principal dessas outras linguagens. As comunicações que transmitimos por meio do toque constituem o mais poderoso meio de criar relacionamentos humanos (Montagu, 1988).

Para falarmos sobre o toque em psicomotricidade, parece-nos conveniente começar por Watson (1975) que define o toque como um contacto físico intencional entre dois ou mais indivíduos. Não perdemos, nesta definição, o que também à psicomotricidade interessa, a ideia de intencionalidade, mas temos de ir para além disso. Montagu (1988) expande o conceito e é capaz de o aproximar mais daquilo que a nós seguramente interessa: a valorização e compreensão do outro, a comunicação, a criação e manutenção de relacionamentos, destacando a importância do toque ao longo da vida. O *“bebé dependente está destinado a crescer e a desenvolver-se socialmente por meio de contacto e, por toda a sua vida, a manter contacto com os outros”* (Montagu, 1988).

Estando o toque interligado com as relações entre as pessoas, no contexto da psicomotricidade, ele não só é promotor da relação como é, harmonicamente, promotor da intervenção. O toque é sempre desejado, mas nem sempre se quer. Esta consciencialização faz falta ao psicomotricista porque não se pode correr o risco de achar que o toque, como resposta à fome da pele, só por si, mata essa fome. Sendo uma necessidade básica de todos, todos o desejamos, mas nem por isso todos o queremos, pelas mais variadas razões. Quando as pessoas se abeiram de um técnico de saúde, sabem que esse técnico, seja enfermeiro, médico, psicomotricista, tem que as tocar e, por isso, já transportam em si mesmas uma predisposição para se deixarem tocar por um desconhecido. A verdade é que, mesmo assim, aquele que se deixa tocar pelo psicomotricista não está sempre, sobretudo inicialmente, disponível para o toque, como

nós o entendemos nestas circunstâncias. Por muito que ele se deixe abordar, o que faz falta acontecer nesta relação terapêutica não está, logo à partida, garantido. O toque ainda está muito numa fase instrumental e menos afetiva. Há que criar condições para chegarmos a um pleno. Será de admitir o toque antes de estabelecida a relação entre o psicomotricista e a pessoa que o procura?

A fase propedêutica do tocar

Admitimos como útil a reflexão sobre uma fase propedêutica do tocar, na intervenção psicomotora, a que chamamos fase de pré-toque. Fará sentido iniciar uma intervenção, por exemplo, ao nível dos cuidados paliativos, recorrendo ao toque-massagem psicomotora, sem passar por essa fase propedêutica? Parece-nos conveniente que exista esta fase de pré-toque, distanciada do toque terapêutico concreto, em que, pelo lado do psicomotricista, é o tempo de se amadurecer o porquê, o quando, o onde e o como tocar. Pelo lado do utente¹, é o momento de ir criando o desejo de ser tocado e de ir dando sinais, variados, de natureza não-verbal, sobre o momento ideal para o tocarem e para declarar, onde e como quer ser tocado. O momento ideal para isso será quando haja coincidência entre o que um quer e o que o outro deseja/aceita. A fase pré-toque é uma fase em que se vai tocando, reciprocamente, pela postura, pela atitude, pelo comportamento, pelo gesto, pelo olhar.

¹ Os autores optam pelo termo utente, em detrimento de paciente. Nesta relação peculiar, que é a da intervenção psicomotora, não há lugar para pacientes. Ninguém pode estar como paciente no processo e, portanto, vale a pena sublinhar a vertente interativa do procedimento e o pendor simbiótico das personagens em actividade, deixando-se beneficiar, mutuamente, nos seus desenvolvimentos pessoais e profissionais.

Expressões como: “- O seu olhar tocou-me, o seu gesto também!” são-nos familiares. É caso para dizer que poderá haver benefícios neste toque emocional que precederá o toque físico e que, posteriormente, dele se fica alimentando. E fica dando alimento.

Poderá o toque dado, pela primeira vez, pelo psicomotricista, num utente, fora do espaço da intervenção (gabinete, sala) como, por exemplo, no corredor, facilitar a criação da relação e acelerar esse mesmo processo de construção relacional? Tocar o utente dentro do local de trabalho propriamente dito, onde vai decorrer a intervenção psicomotora, adquire, provavelmente, uma dimensão muito mais técnica, de aspecto muito mais “medicamentoso” do que relacional. Pelo contrário, fora desse contexto, a dimensão relacional adquire uma amplitude maior, facilitadora da intervenção, sendo, ela própria, já intervenção. Com um jovem adulto ou com um adulto é muito mais natural que este fenómeno possa acontecer tal como o descrevemos. Com a criança, uma vez que a intervenção preconizada é uma intervenção muito lúdica, muito baseada na espontaneidade e na direcção que a criança imprime às acções, com ela poderá ser diferente. Como é muito espontânea e seguindo muito os seus interesses, não há uma dicotomia tão grande entre aquilo que é puramente técnico/instrumental e puramente relacional. A criança, em princípio, vivenciará o toque do psicomotricista como um toque afetivo.

Para a determinação do momento exacto para tocarmos o outro pode ajudar-nos a utilização de objectos terapêuticos, mediadores, em toque passivo, podendo nós, assim, evitar que o toque activo não atempado, precoce, seja abusivo e, desse jeito, revelar-se um dano e não um benefício. O toque, muito para lá da sua função exploratória, através do tacto, deve estar presente como revelador de proximidade física que, nos seus detalhes proxémicos, explicita a relação que se quer estabelecer, que já se estabeleceu, ou que já não se quer continuar a manter

e manifesta a consequente dinâmica relacional entre os indivíduos.

A tipologia do toque do psicomotricista

A abordagem da tipologia do toque que a seguir vamos fazer não é para eleger um dos tipos de toque, mas sim para escalpelizar as vantagens, as limitações, as especificidades e a aplicação peculiar de cada um deles, não excluindo que eles possam ser aplicados em determinados casos, momentos e fases da intervenção psicomotora, uns mais intensamente, outros menos intensamente.

A partir do primeiro artigo sobre o significado do toque, publicado no *Journal of Communication*, por Watson (1975), Mira e Fernandes (2015a), depois de revisitarem Pinheiro, Rocha e Silva (1998), Gala, Telles e Silva (2003) e Lopes, Soares, Sá e Câmara (2009) propuseram-nos a seguinte tipologia do toque: 1. Toque instrumental; 2. Toque expressivo ou afectivo; 3. Toque expressivo-instrumental; 4. Toque instrumental-afectivo. O toque instrumental será um contacto físico deliberado, iniciado para facilitar a performance de outro acto que é a intenção primária do iniciador (Watson, 1975). O toque expressivo, admite este autor, é relativamente espontâneo e afectivo, não sendo requerido ou programado pela relação institucional dos interactantes. Mira e Fernandes (2015b) concebem o toque expressivo-instrumental quando a tónica do toque recai no seu aspecto expressivo e toque instrumental-expressivo quando a tónica do toque recai no seu aspecto instrumental.

De facto, uma investigação realizada por Mira e Fernandes (2015a) sobre a intervenção psicomotora com uma criança com hemiparésia, revelou que, embora o toque instrumental tivesse sido tipificado, ele nunca foi observado. Ao contrário do que se poderia prever, tendo em conta a importância da técnica neste tipo de patologia, a maioria dos toques dados pela terapeuta nos

braços da criança foi de tipo instrumental-afetivo. A existência desta maioria de toques de cariz instrumental-afetivo permitiu a estes autores admitir a hipótese de ser muito escasso, ou até mesmo inexistente este tipo de toque (instrumental), na terapia psicomotora. Por outro lado, um outro estudo (Melo, Veiga & Marmeleira, 2017) com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) mostrou que, mesmo em meio aquático, meio este em que, devido às suas características, se exige basicamente a instrumentalidade do toque para apoiar a criança e para a deslocar para determinadas zonas da piscina, por exemplo, a psicomotricista recorreu mais frequentemente ao toque afetivo.

O que será um toque (unicamente) instrumental? Pensamos, por exemplo, na massagem cinesioterapêutica ou na estimulação orofacial aplicadas por fisioterapeutas e terapeutas da fala para resolver tensões musculares localizadas. Convenhamos que assim possa ser. No entanto, é para nós claro que em psicomotricidade, a função do toque deve centrar-se, sobretudo, ao nível da dimensão exploratória do viver e do sentir. O toque em psicomotricidade deve permitir à pessoa viver algo de bom (o calor, a tranquilidade, a segurança, a quietude), como um banho narcísico que revaloriza o corpo, um corpo que, nas palavras dos utentes, já não é importante para sentir as coisas (“-Eu já não sou importante para sentir as coisas”). Assim, nas sessões de toque terapêutico, mais do que a resolução de tensões localizadas, como na massagem cinesioterapêutica se pretende fazer, a pessoa vai ser tocada e vai permitir-se sentir e integrar o prazer do toque, o prazer de ser tocada por um outro que se interessa por ela que a investe, e que a cuida. É por isso que, à medida que as sessões decorrem, se torna evidente, da parte do utente, o progressivo respeito e investimento no seu próprio corpo, associando-o, não à dor, mas ao prazer. Não faz então sentido, na intervenção psicomotora, admitir o toque instrumental desprovido de qualquer afetividade. Em

psicomotricidade, este toque, predominantemente instrumental, deve ser um toque instrumental-afetivo.

Para tal, é fundamental que o psicomotricista domine as diferentes técnicas e métodos de toque (e.g., a técnica de *palming*, a massagem psicomotora, os envelopes quentes ou frios) com segurança e com certeza, conseguindo também que, na sua aplicação, ressumbre nela afetividade. O psicomotricista deve utilizar a técnica e matizá-la com essa tal afetividade que tem que ser recebida, da mesma forma, pelo outro. O afecto que põe no seu toque vai, de alguma maneira, enriquecer a sua técnica e torná-la outra coisa. Passará a ser mais do que aquilo que ela é em si mesma. Não podemos esquecer que a afetividade tem que ser sempre uma componente da emissão, e também da recepção. Como tal, o toque do psicomotricista tem que estar de tal maneira bem construído que, ao tocar, se ofereça o toque que coincida com toque que o receptor precisa, espera, quer e aceita. Noutras palavras, o psicomotricista tem que dominar este toque instrumental para o poder prover de afetividade.

Na formação do psicomotricista, o treino desta competência deve ser um objectivo, embora admitamos que, quanto maior e melhor tenha sido e seja a experiência emocional e afectiva do psicomotricista, anterior à sua formação e durante ela, mais aproximada do ideal será a sua intervenção. É comum observarmos, nas aulas ou em situações de estágio, os nossos alunos, inseguros quanto ao domínio da técnica, com os seus braços a tremerem, as suas mãos a transpirarem, propagando esse tremor, essa ansiedade e insegurança ao utente. Outros há que, preocupados com os aspetos metodológicos, nem olham para a pessoa humana, perdendo toda a informação não-verbal sobre a vivência afetiva e tónica que lhe estão a proporcionar, acabando por não estar disponíveis para o diálogo tónico-emocional que deve estar sempre presente na intervenção. Alguns (já) psicomotricistas estão, ainda, tão

centrados/obcecados nos aspetos da técnica que nem têm disponibilidade para olhar para o utente e perceber que não é o utente que tem de se adaptar ao método, mas o método ao utente. Ou seja, por muita afectividade que o psicomotricista possa querer dar-lhe, estando inseguro da técnica ou focado no método, acaba, mesmo que deseje que o toque seja afectivo, por não ter disponibilidade para lhe conferir essa qualidade afectiva.

É importante notar que quando falamos de toque terapêutico, consideramos que o benefício pleno desse toque surge integrado e não surge a viver por si próprio. O toque deve surgir numa acção que é uma acção partilhada, resultante da interacção entre o psicomotricista e o utente. Pressupõe-se que não haja toque pelo toque, mas que ele faça parte da intervenção e surja dela, para ela e com ela. Isto quer dizer que devemos fazer do toque uma técnica transversal a todo o processo terapêutico, mas não quer dizer que se deixe de considerar importante usá-lo, também, na sua utilidade técnica. Utilidade técnica sempre será a que tem, pois que, não a tendo, fugiria ao domínio das competências do profissional e estaria reservado a outros actantes e a outras dimensões do seu significado.

A importância da comunicação não-verbal

Para além de ter a capacidade de dominar a técnica e de a aplicar com afectividade, o psicomotricista tem de estar atento aos sinais que o outro lhe dá para que possa ajustar-lhe a técnica da maneira como ele a sente e como ele a quer. Ele quere-a da maneira como a sente ou, melhor dizendo, como a quer sentir. Esse é um dos momentos em que tem que haver uma atenção extraordinária aos sinais não-verbais para que, da sua leitura, se confirme ou não a existência da necessária ressonância afectiva. Como é que lá chega? Chega lá como chegará qualquer pessoa que está verdadeiramente interessada em comunicar, que é deixar-se treinar e treinar-se, continuamente, na observação. Efetivamente, a observação do outro é fundamental. A

observação é tão importante como a própria intervenção, porque a intervenção há-de ser sempre uma resposta àquilo que é observado na pessoa.

O psicomotricista tem que fazer uma observação do utente logo desde que ele chega ao local da intervenção. Pode começar a observá-lo talvez mesmo antes que entre no gabinete ou sala terapêutica. Uma observação naquele contexto é indispensável. Como reage o utente naquele sítio desconhecido? Vem acompanhado por pessoas significativas ou pouco significativas? Estão, umas e outras, em conflito e ele com elas? Elas estão, mas ele não? Como se comporta face a essa(s) realidade(s)? Podemos precisar de muito tempo para a observação, no entanto, só ela possibilitará a criação da relação e o início da intervenção psicomotora.

É fundamental que o psicomotricista consiga ler rapidamente, para agir de imediato, os sinais não-verbais provenientes da linguagem corporal do utente quando, por exemplo, se percepçiona atacado, quando está desanimado, ansioso, porque está inibido, porque é inibido ou porque está amedrontado. Encolher os ombros, enterrando a cabeça entre eles, colar os braços ao corpo, encostar os joelhos e meter as pernas, cruzadas pelos tornozelos, debaixo da cadeira em que se senta, podem ser sinais evidentes de que o utente pode estar a querer parecer mais pequeno como se, assim, desaparecesse da situação. Igualmente quando encosta o queixo ao peito, protegendo a garganta ou quando desvia o olhar desobservando o contacto ocular. Podem ainda ser sintomáticas manifestações como tamborilar com os dedos, movimentar a perna cruzada e respectivo pé, gesticular exageradamente, arregalar os olhos, passar demasiadamente as mãos pelos cabelos, puxá-los e/ou arrancá-los (tricotilomania, para situações extremas), roer as unhas (onicofagia, para acção insana), estalar os dedos, cerrar os punhos dissimulando os polegares, coçar, continuamente, as costas das mãos, cerrar os dentes, cruzar os braços com os

punhos cerrados, etc. Linguagem corporal de sinal contrário a algumas destas posturas e a inexistência de outras podem ter significado antónimo. Por exemplo, não será estranho ao psicomotricista uma linguagem corporal de bem-estar e tranquilidade: os pés que pendem para fora, as mãos entreabertas, a face que se inclina para um dos lados, a quietude dos movimentos oculares, o maxilar inferior relaxado, etc.

Mas o trabalho do psicomotricista tem de ir um pouco mais longe, tem que ser ainda mais complexo, porque não deve ser só focalizado na observação de como o outro recebe a afectividade, como o outro a desejaria receber, como o outro a quer receber, como o outro a espera receber. O trabalho do psicomotricista implica, também, um trabalho seu, de autoscopia constante, para consciencializar, observando-se a si próprio, com a ajuda dos reflexos que vê no outro, como é que essa sua afetividade, no aqui e agora, está a servir a sua intervenção psicomotora que é, necessariamente, uma intervenção afectiva, relacional. Isto só se consegue com um trabalho aturado de leitura consciente dos mecanismos não-verbais da comunicação com o outro. Nós nunca sabemos, com toda a precisão, como é que o nosso corpo está a manifestar-se e é preciso que sejamos capazes de ter uma ideia o mais aproximada possível sobre isso. Temos que escutar o nosso corpo enquanto o nosso corpo está na relação com o utente. Perguntar o que é que aconteceu aqui, já é uma boa pergunta, mas, muito melhor, será conseguir perguntar sobre o que é que está aqui a acontecer. Esta questão sinaliza o momento em que ainda é tempo de intervirmos em modificação, em evolução e em desenvolvimento.

É na comunicação não-verbal que estão expressas as emoções e declarados os afectos. A maneira como o psicomotricista gere a sua postura, sempre reveladora de uma atitude, da sua atitude sincrónica e diacrónica na intervenção, não deixará nunca de ser percebida pelo receptor. A postura é o que revela a atitude, em qualquer situação de comunicação, nesta

também. Em qualquer circunstância, a atitude é sempre reconhecida pelo outro, mais provavelmente de forma inconsciente, mas sempre a ponto de se tornar numa condicionante no processo comunicativo, tornando-o mais ou menos eficaz. Interpretações, de modo similar, ocorrem quando este profissional se desloca no espaço em direcção ao utente ou quando se afasta dele por muito pequenas que sejam as distâncias em causa. Posturas e movimentos, enquanto se toca, são sentidas e têm um sentido e um significado. Podem ou não acrescentar mais eficácia ao toque. Podemos mesmo dizer que, idealmente, deverão estar em consonância com ele. Situações em que o corroboram ou acrescentam são aceitáveis. Situações em que o anulam ou substituem são indesejáveis.

O toque não pode, por isso, ser pensado só na perspectiva daquele que é tocado, mas, por se constituir numa realidade diádica, deve, outrossim, ser concebido no sentido em que não deixamos de ser tocados quando tocamos. O toque deve ser pensado para um unísono, logo, similarmente, na perspectiva daquele que toca. Para tocarmos, em alta qualidade, teremos, à partida, que ter um saudável convívio de vida com o toque, baseado na nossa arcaica experiência prazerosa do eu-pele (Anzieu, 1985/2000), aquando do estabelecimento e registo das nossas relações com os outros.

O toque tem um tempo-espaço, um *hic et nunc*, uma duração, um tom, um ritmo, uma quantidade, uma intensidade e tem pausas, como na música e, como ela, harmonia. Mas também requer um tempo, o do psicomotricista que não só engloba o seu tempo de formação como também o tempo de desenvolvimento pessoal e profissional, tempo de maturação que o vai, a pouco e pouco, habilitando a saber as formas e os tipos de toque eficazes em todas as situações em que tenha que o utilizar. Para além deste seu tempo, criador de competências próprias, há ainda um outro seu tempo que é o da espera, o da escuta, o que exige dele paciência. Ter paciência que pode ser

uma característica sua, ou ser por si gerada através de uma prática pessoal da paciência que deve implementar. Nessa prática da paciência está incluso o tempo que deve dar ao outro para que ele possa revelar-se. Para além deste matiz, não será de subestimar o impormo-nos o desprezo por padrões ideais de solidez, textura, temperatura e cor da pele que possam condicionar a intervenção e, conseqüentemente, cercar a abordagem ao corpo alheio na perspectiva da intervenção psicomotora.

Um estudo recente (Ellingsen et al., 2016) demonstrou que, para que o toque seja uma fonte de segurança, conforto, alívio e prazer, o envolvimento tem também de o ser. Ou seja, tem de haver uma forte congruência entre o toque, quem toca e o contexto onde se toca. O terapeuta terá então de ser percebido como alguém que é gentil, bem-intencionado e seguro. Estas qualidades só se conseguem com um trabalho aturado de leitura consciente dos mecanismos não-verbais da comunicação com o outro, de desenvolvimento pessoal e profissional até porque o psicomotricista vai querer proporcionar um diálogo tónico-emocional, um ambiente securizante e reparador. Não é só pelo jogo de presença/ausência, proximidade/afastamento que os utentes acomodam a interdependência entre o tónus e a emoção. É necessário que o terapeuta, pelos mecanismos não-verbais, transmita essa presença segura, esse calor, essa satisfação... na interação a dois. É curioso notar que muitas pessoas, nos mais variados contextos de intervenção, notam as mãos quentes do terapeuta que aquecem o seu corpo frio. Mas nem sempre este frio se mede à temperatura. Trata-se muitas vezes de um corpo frio porque esquecido. Auto-esquecido. Hetero-esquecido. Por exemplo, no final de uma sessão, num lar, uma mulher idosa referiu: “- Senti as suas mãos muito quentes, quando me tocou na mão” (Veiga, Hillenbrand, & Pereira, 2019). Ou, depois de uma sessão de toque-massagem psicomotora, um homem com esquizofrenia disse: “- É tudo bom, está tudo bem. Os meus pés

aqueceram um bocadinho, o pescoço também aqueceu um bocadinho.”, associando, um e outro, ao calor, a uma tranquilidade emocional. E outros testemunhos, por exemplo: “- Gosto muito quando me faz a massagem aqui (na nuca), no cima da cabeça e na testa. Sinto muito alívio.” Ou, ainda outro de uma pessoa com esquizofrenia: “- Assim, na cabeça, parece que alivia um bocadinho, que eu sofro um bocadinho lá dentro. É agradável na cabeça” (Ferreira, Biscaia & Veiga, in prep.).

O psicomotricista deve então perguntar-se: O que é que o toque me diz e o que é que diz ao outro? Entre aquele que toca e aquele que é tocado tem que haver um movimento recíproco e síncrono de intenção e de bem-estar, para que sejam possíveis benéficas trocas e transformações recíprocas dos seus estados emocional e tónico. Ambas as partes, convergentemente, terão que se nutrir do toque. Nesse dar e receber, o toque fornece, terá que fornecer, estando ambos os actantes mesclados no processo, as condições relacionais ideais para que a intervenção, pelo toque, aconteça num clima positivo de emoções, clima esse favorável às respostas emocionais e psicomotoras que são procuradas, no caso particular, pelo psicomotricista e, de várias formas, pelo utente. É assim evidente que a disponibilidade para observar, a observação e a autoscopia constantes, por parte do terapeuta, na terapia psicomotora, carecem de uma formação consistente na área da comunicação não-verbal, para que se conheçam os seus signos e os significados que podem ter, inclusivamente, aqueles que se constituem como universais humanos.

Concluindo...

Por tudo o que dissemos e também porque sentimos que o rigor da metodologia científica e dos seus resultados podem induzir, por vezes, uma ideia distorcida de que se deve atuar pelo toque de forma estéril, mecanizada e estandardizada,

independentemente do *hic et nunc* e dos próprios intervenientes, queremos reafirmar, sinteticamente, que:

- O toque em psicomotricidade não pode ser senão um toque embebido em afectividade. Por isso, temos que conceber sempre o toque como instrumental-afectivo ou afectivo-instrumental.
- O psicomotricista tem que dominar as diferentes técnicas de toque pois só assim conseguirá fazer sempre delas um toque de componente afectiva.
- Em psicomotricidade procura-se apelar à dimensão exploratória do viver, sentir e expressar o toque.
- O psicomotricista tem que dominar a leitura da linguagem do corpo, particularidade da comunicação não-verbal, para que consiga fazer uma leitura permanente da vivência do toque, em momento em que ainda é tempo de intervir em modificação, em evolução e em desenvolvimento.
- O psicomotricista tem também de conseguir manter uma autoscopia constante, prestando atenção ao seu corpo, seus signos e significados, na relação com o outro.
- O toque como veículo do diálogo tónico-emocional, entre o terapeuta e a pessoa, permite a revalorização do corpo, a descoberta, escuta e consciencialização do mesmo.

Referências Bibliográficas

- Anzieu, D. (2000). *O Eu-pele* (Z. Yazigi & R. Mahfuz Trad., 2ª ed.). Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1985).
- Ellingsen, D., Lekness, S., Loseth, G., Wessberg, J., & Olausson, H. (2016). The neurobiology shaping affective touch: Expectation, motivation, and meaning in the multisensory context [A neurobiologia molda o toque afetivo: Expectativa, motivação e significado no contexto multisensorial]. *Frontiers in Psychology*, 6, 1986. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01986>
- Field, T. (2003). *Touch* [O toque]. MIT Press.

- Gala, M., Telles, S., & Silva, M. (2003). Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-Intensiva cirúrgica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 52-61.
- Lopes, R., Soares, M., Sá, L., & Câmara, V. (2009). Toque: Ferramenta terapêutica no tratamento geriátrico e gerontológico. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3), 402-412.
- Melo, P., Marmeleira, J., & Veiga, G. (2017). Interação social criança-terapeuta em contexto meio aquático e contexto sala terapêutica em crianças com perturbação do espectro do autismo em idade escolar. In L. P. Rodrigues, F. M. Clemente, & R. Lima (Eds.), *Estudos em desenvolvimento motor da criança XII* (pp. 179-188). Escola Superior de Desporto e Lazer- Instituto Politécnico Viana do Castelo.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2015a). Aspectos da comunicação não-verbal usados pelo psicomotricista para o sucesso da sua intervenção terapêutica: Um estudo de caso. *Educação: Temas & Problemas*, 15, 104-121.
- Mira, A., & Fernandes, J. (2015b). Comunicação não-verbal na intervenção psicomotora. In J. Fernandes & P. Gutierrez Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81-90). Wak.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: O significado humano da pele* (10ª ed.). Summus.
- Pinheiro, E., Rocha, I., & Silva, M. (1998). Identificação dos tipos de toque ocorridos no atendimento de enfermagem de um serviço ambulatorial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(3), 192-198.
- Veiga, G., Ferreira, R., & Biscaia, C. (in prep). Influência de uma intervenção terapêutica de toque-massagem psicomotora na vivência corporal de pessoas com esquizofrenia institucionalizadas.
- Veiga, G., Hillenbrand, A., & Pereira, C. (2019). O toque terapêutico no envelhecimento (p.329-345). In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo (Eds). *Envelhecer em segurança no Alentejo: Compreender para agir*. Universidade de Évora.
- Watson, W. (1975). The meaning of touch [O significado do toque]. *Journal of Communication*, 25(3), 104-112.