
UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Influência da relaxação em utentes com
dificuldade intelectual e desenvolvimental:
visão dos cuidadores**

Marta dos Reis Almeida Mósca

Orientação: Professora Maria do Céu M. P. Marques

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Influência da relaxação em utentes com
dificuldade intelectual e desenvolvimental:
visão dos cuidadores**

Marta dos Reis Almeida Mósca

Orientação: Professora Maria do Céu M. P. Marques

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2018

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso tive a meu lado pessoas muito importantes, às quais quero expressar os mais sinceros agradecimentos.

Quero agradecer acima de tudo à minha família, em especial à minha avó e à minha mãe, pois sem elas nada disto seria possível. Agradecer principalmente pela paciência e pelos conselhos que me deram nas horas em que mais precisava.

À minha orientadora, Professora Maria do Céu Marques agradeço todo o apoio, disponibilidade e compreensão ao longo da elaboração deste trabalho.

À instituição pela forma como me receberam e tornaram possível a realização deste estudo.

Por fim, mas não menos importante, aos meus amigos pelas palavras de força e apoio em todos os momentos.

Influência da relaxação em utentes com dificuldade intelectual e desenvolvimental: visão dos cuidadores

RESUMO

Objetivo: Estudar a influência da relaxação em utentes com dificuldade intelectual e desenvolvimental: visão dos cuidadores. **Método:** A amostra integrou 6 indivíduos do sexo masculino, com idades superiores a 18 anos, todos com diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. Foi aplicado uma técnica de relaxação designada por Método de relaxação progressiva muscular de Jacobson. As sessões foram semanais durante 9 meses. Foram avaliados através de questionários e entrevistas, aplicadas aos seus cuidadores/tutores, ao auxiliar da instituição que os acompanha e houve 2 dos participantes que responderam à própria entrevista e questionário, por terem grau de autonomia suficiente. Para além disto, foram ainda avaliados através de observação. **Conclusão:** Concluiu-se que a relaxação provocou efeitos físicos e psicológicos positivos. Os utentes, revelaram melhoria nos níveis de calma, concentração, confiança e descontração muscular.

Palavras-chave: Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental; Relaxação progressiva de Jacobson; Cuidadores; Relaxamento; Ansiedade.

**Influence of relaxation on users with intellectual and developmental
difficulty: view of caregivers**

ABSTRACT

Objective: to study the influence of relaxation in persons with intellectual and developmental difficulty: the vision of caregivers. **Method:** The sample was formed by 6 male individuals, aged higher than 18 years and all with diagnosis of intellectual and developmental difficulty. The Jacobson's method of progressive muscle relaxation was applied at weekly sessions during 9 months. The participants were evaluated by questionnaires and interviews applied to their caregivers or tutors, to the institution accompanying person. Particularly, two of them answered directly to the questionnaire and interview, since they present enough autonomy. Besides that, they were all evaluated by observation. **Conclusion:** It was concluded that relaxation had physical and psychological effects. The participants in this study showed higher levels of calm, concentration, confidence and muscle relaxation.

keywords: Intellectual and developmental difficulty, Jacobson's Progressive relaxation, Caregivers, Relaxation, Anxiety.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	v
ÍNDICE DE SIGLAS	vii
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
Objetivo	3
Estrutura da dissertação	3
CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA.....	4
1. SAÚDE MENTAL	4
1.1. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal	5
2. DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL.....	5
2.1. Os cuidadores do indivíduo portador de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	8
3. ANSIEDADE NO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL.....	9
4. RELAXAÇÃO	11
4.1. Relaxação Progressiva de Jacobson	13
4.2. Relaxação no indivíduo portador de DID com ansiedade	15
5. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL	17
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	19
1. PARTICIPANTES	20

2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	20
3. RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	22
4. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTUDO	24
4.1. Programa de Intervenção aos utentes com DID	28
4.1.1. Intervenção: Notas de Campo.....	29
 CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	 45
1. RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS	47
2. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	49
 CAPÍTULO V - CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E EXTENSÃO DO ESTUDO	 64
1. CONCLUSÃO.....	64
2. LIMITAÇÕES	66
3. EXTENSÃO DO ESTUDO	66
 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	 67
 ANEXOS	 78
Anexo I. Aprovação do estudo pela direção da instituição onde foi realizado o mesmo.....	78
Anexo II. Consentimento Informado.....	79
Anexo III. Questionário Aplicado aos Cuidadores.....	80
Anexo IV. Guião da Entrevista Aplicada aos Cuidadores.....	83
Anexo V. Planeamento de Sessão	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição de cada uma das sessões de relaxamento.....	14
Tabela 2. Classes e UCEs	30
Tabela 3. Palavras específicas mais significativas $\chi^2 \geq 4$ associadas à classe 1 – Desenvolver a relação.....	31
Tabela 4. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 2 – Evolução da sessão.	33
Tabela 5. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 3- Relaxamento segundo a técnica/método: concentração e descontração.....	34
Tabela 6. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 4 – Início da sessão.....	36
Tabela 7. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 5 – Relaxamento segundo a técnica/método: desenvolvimento da sessão.	38
Tabela 8. Temas com palavras específicas mais significativas	42
Tabela 9. Palavras mais relevantes da parte 2 do questionário.....	47
Tabela 10. Palavras mais relevantes da parte 3 do questionário.....	48
Tabela 11. Classes e UCEs	49
Tabela 12. Palavras específicas mais significativas $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 1- Dimensão física: motora.....	50
Tabela 13. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 2 – Dimensão física: ambiente.....	52
Tabela 14. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 3 – Dimensão psicológica: equilíbrio interior.	54

Tabela 15. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 4 – Resultado da sessão.	55
Tabela 16. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 5 – Dimensão psicológica: efeitos da relaxação.	56
Tabela 17. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 6 – Dimensão psicológica: capacidade de descontração/atenção.	59
Tabela 18. Temas com palavras específicas mais significativas	61

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU SÍMBOLOS

AAMD – American Association of Mental Deficiency

AAMR – American Association on Mental Retardation

AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

APA - American Psychiatric Publishing

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CECD – Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SM – Saúde Mental

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

UCEs – Unidades de contexto elementar

UCIs - Unidades de Contexto Iniciais

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O enquadramento da deficiência como uma preocupação da sociedade é uma questão recente, todavia, o seu estudo tem suscitado interesse das diferentes áreas do conhecimento, facto que coloca em confronto os modelos baseados na medicina e nas teorias sociais, sendo as abordagens com enfoque na reabilitação da deficiência coexistentes com ambos os conceitos (Martins, Fontes, Hespanha, & Berg, 2012).

A reabilitação com enfoque na sociedade teve como impulsionadores a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Declaração de Alma-Ata, de 1978. Durante as últimas três décadas, o envolvimento das Organizações das Nações Unidas, das organizações não-governamentais e de pessoas com deficiência, que reivindicaram e desenvolveram ações criando condições e estratégias multidisciplinares, que convergiram para a obtenção de respostas adequadas às necessidades das pessoas com deficiência, aumentando os seus níveis de participação e garantindo a inclusão destes indivíduos na sociedade (Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010).

Perante a diversidade de olhares sobre a deficiência, encontram-se na literatura diferentes perspetivas e definições. A Organização das Nações Unidas (ONU), a 13 de dezembro de 2006, aprova a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que na alínea e) reconhece a deficiência como um conceito em constante atualização, o qual resulta da capacidade de participação das pessoas com deficiência e das barreiras, culturais e ambientais, que impedem a participação destes indivíduos na sociedade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2004), define deficiência como uma perda ou anomalia na estrutura corporal e/ou na função fisiológica.

Ao longo dos séculos foram muitos os termos de denominação relativos à deficiência intelectual. A evolução dos conceitos e práticas, tendo em vista o atendimento educativo de indivíduos portadores de deficiência, foi progredindo e de alguma forma, foi seguindo idênticas orientações, mormente nos países ocidentais, quer por iniciativa de instituições privadas, quer através de intervenção por parte do estado. Foram sendo criadas estruturas educativas, as instituições de assistência foram-se adaptando de acordo com os novos conceitos de atendimento, tendo como objetivo modificar as políticas de segregação e fomentar a inclusão (França; Nunes; Maia & Alves, 2008).

Indivíduos portadores de deficiência intelectual ou cognitiva costumam apresentar dificuldades para resolver tarefas simples, problemas, perceber ideias abstratas (como as metáforas, a noção de tempo e os valores monetários), estabelecer relações sociais, compreender e obedecer a regras, e realizar atividades quotidianas, por exemplo, as ações de autocuidado (Ampudia, 2011).

Dadas as dificuldades que estes indivíduos apresentam face às suas deficiências intelectuais, os cuidadores assumem um papel relevante.

Este depende do nível de autonomia do individuo portador de deficiência e das respostas fornecidas ao nível das instituições. Segundo Karsch (2003), os cuidadores podem ser formais¹, ou informais², sendo de interesse crescente o estudo do desenvolvimento dos indivíduos portadores de dificuldade intelectual e desenvolvimental, pois, a convivência e dependência da família com o individuo deficiente é uma condição complexa, que acarreta diferentes desafios e alterações na vida destes agregados familiares (Santos & Pereira-Martins, 2016).

O Relaxamento como técnica de bem-estar ou de aprofundamento espiritual, apresenta-se como prática de muitos séculos. As suas raízes estão associadas à prática de Yoga, desenvolvida na Índia muito antes da era Cristã e também no método de Concentração Mental, praticado pelos monges ortodoxos dos Montes Athos (Bjorn, 2009).

Segundo Maximiano (2004):

(...) a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, que estuda o conjunto de fenómenos inscritos no corpo, avaliando e observando as características do movimento, das atitudes, das posturas e da mímica. Analisa a expressão de um corpo como constructo da sua unidade biopsicossocial, dirigindo a sua intervenção para o investimento no "eu corporal", através da promoção de um conjunto de vivências corporais. Estas podem permitir ao indivíduo ajustar ou reajustar a sua personalidade às condições do envolvimento, construindo uma maior capacidade adaptativa (p.86).

Para este estudo foi aplicado o método de Relaxação Muscular Progressiva de Jacobson, que consiste numa técnica de contração e descontração muscular, que passa

¹ Papel assumido pelos profissionais.

² Cuidados prestados por familiares ou indivíduos da comunidade.

pela aprendizagem da contração dos músculos e posteriormente da sua descontração, praticando-se estes movimentos para diferentes grupos musculares. Deste modo, é possível que o indivíduo tenha consciência das diferenças existentes entre os dois momentos (tensão-relaxamento) que ocorrem nos grupos musculares, favorecendo o aparecimento de sentimentos de calma e bem-estar (Jacobson, 1938).

O presente estudo foi realizado no âmbito do mestrado em Psicomotricidade Relacional na Universidade de Évora, numa IPSS da região. O grupo de intervenção foi constituído por indivíduos portadores de dificuldade intelectual e desenvolvimental que foram submetidos a sessões de relaxação durante um período de 9 meses. Os participantes deste estudo foram os cuidadores/tutores dos indivíduos que frequentaram as sessões, que responderam às entrevistas e questionários. Sendo estes os elementos de recolha de dados principais para este estudo, relativamente à sua perceção sobre a influência que a terapia de relaxação tem nos seus familiares.

Portanto, o tema que se propõe realizar tem diferentes eixos e níveis de atuação, os quais são determinantes na qualidade de vida dos deficientes e das famílias. Por outro lado, o facto de serem apurados retratos sociais concretos, tem relevância para informar e influenciar os órgãos decisores aquando das decisões e políticas públicas na área dos cuidados de saúde, elementos que consubstanciam a pertinência deste estudo.

Importa referir que adotamos como norma orientadora de trabalho escrito as normas de citação definidas pela American Psychology Association (APA) (6ª edição).

Objetivo

Este estudo tem como principal objetivo, identificar a influência de um programa de relaxação terapêutica no indivíduo portador de dificuldade intelectual e desenvolvimental na visão dos seus cuidadores/tutores.

Estrutura da dissertação

Esta pesquisa foi estruturada de modo a explicar toda a investigação de forma explícita e objetiva. Desta forma, encontra-se organizada em seis capítulos distintos, nos quais foi abordada e desenvolvida a temática respetiva.

No capítulo I surge a introdução com contextualização, a pertinência, objetivo do estudo e a estrutura da dissertação.

No capítulo II é feita uma revisão da literatura que suporta a presente investigação. É realizado um enquadramento teórico sobre a temática. Tratando-se de um estudo direcionado para o efeito da relaxação muscular progressiva de Jacobson, no indivíduo portador de deficiência mental, são abordados temas como: a relaxação, a dificuldade intelectual e desenvolvimental, ansiedade e os cuidadores.

No capítulo III apresenta-se a metodologia utilizada no estudo no qual estão inseridos os participantes, os instrumentos de recolha de dados utilizados, e a caracterização do contexto do estudo. No capítulo IV apresentam-se os resultados e sua análise e discussão. Por fim, no capítulo V surgem as conclusões, limitações e extensões do estudo.

CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA

1. SAÚDE MENTAL

A definição de saúde mental (SM) é, parte integrante do conceito global de saúde que a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), define como, um pleno estado de bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Ter o melhor estado de saúde possível é um dos direitos fundamentais do ser humano, sem distinção de raça, crença religiosa, orientação política ou condição económica e social (Duarte, 2015).

O termo SM, segundo a OMS, é um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas capacidades, consegue lidar com o eventual stress do quotidiano e, trabalhar de forma produtiva (WHO, 2013).

A doença mental tem sido cada vez mais compreendida como uma consequência de múltiplas interações complexas, pelo que o risco de desenvolvimento de sintomas psiquiátricos está diretamente relacionado com a vulnerabilidade de cada indivíduo e com o contexto onde este se insere (Alves & Rodrigues, 2010).

A SM de um indivíduo pode ser comprometida por fatores biológicos, como a capacidade para gerir os pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, ou por fatores sociais, culturais e ambientais (WHO, 2013).

1.1. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, a lei da saúde mental foi criada a partir do Decreto-Lei nº 36/98 cujos princípios gerais da política de SM preveem a prestação de cuidados na comunidade, sendo o menos restritivo possível, ao mesmo tempo que define que os encargos dos serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social são comparticipados pelo Estado, nomeadamente por membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego (Lei nº 36, 1998).

Em 2006 foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, no sentido de estudar a situação da prestação dos cuidados de SM a nível nacional e de propor um plano de ação para reestruturação e desenvolvimento dos serviços de SM. O trabalho da Comissão resultou no Plano Nacional de Saúde Mental para 2007-2016, aprovado pela resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, que visa assegurar o acesso equitativo a todos os cidadãos a cuidados de SM e reduzir o impacto das perturbações mentais, contribuindo para a promoção da SM da população (Decreto-Lei nº 304, 2009).

2. DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL

Muitas foram as designações dadas aos indivíduos com baixa capacidade intelectual, tais como, demente, idiota, subnormal, incapacitado, diminuído, diferente e deficiente psíquico (Maia, 2002).

Segundo o DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2014), a Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID), é uma deficiência com início no período do desenvolvimento, que inclui défices funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios, social e prático. Os critérios a ter em conta são:

- Défices em funções intelectuais como: raciocínio, solução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica como por testes de inteligência padronizados e individualizados.

- Défices em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os défices de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como a comunicação, a participação

social e a vida autónoma, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.

- Início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Segundo a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2010), as dificuldades intelectuais e desenvolvimentais referem-se a deficiências generalizadas no funcionamento e comportamento adaptativo que estão presentes antes dos 18 anos de idade.

Estima-se que, internacionalmente, cerca de 2% dos adultos têm dificuldade intelectual e desenvolvimental (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua & Saxena, 2011).

Face à sua dimensão social, a DID, tal como é conhecida atualmente, só poderá ser entendida se tivermos em linha de conta as variáveis socioculturais que lhe estão associadas.

Mercer (1970, 1973) propôs uma “perspetiva de sistema social”, ou seja, numa abordagem estritamente social, considera que a deficiência intelectual ligeira não é uma característica, fenómeno ou condição individual, mas sim um estatuto e um papel assumidos e desempenhados por um indivíduo num ou vários sistemas sociais específicos. A utilização da terminologia “dificuldades intelectuais e desenvolvimentais” é atualmente proposta pela Associação Americana das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (AAIDD, 2010).

Ao definir-se dificuldade intelectual e desenvolvimental, estão implicados três conceitos chave, sendo, o primeiro, “dificuldades”, este diz respeito às limitações que colocam o indivíduo em desvantagem quando se relaciona em sociedade. Estas limitações para além do contexto em que se desenvolvem, deverão ter em conta, quer os fatores pessoais, quer as necessidades de apoios individualizados. Esses apoios individualizados são importantes na medida em que ao contribuírem para o seu melhor funcionamento contribuem para a sua autodeterminação e conseqüente bem-estar e qualidade de vida. O segundo conceito, a “inteligência”, tem a ver com a capacidade para pensar, resolver problemas, compreender, aprender e planear. O terceiro conceito, o “comportamento adaptativo”, está associado às competências concetuais, práticas e sociais, que ao longo da sua aprendizagem os indivíduos vão acumulando e que os ajudam a serem capazes de funcionar no dia a dia (Belo, C. et. al., 2008).

No que diz respeito às designações de atraso mental, deficiência mental e deficiência intelectual, o conceito de dificuldade intelectual e desenvolvimental, constitui uma terminologia que se impõe cada vez mais, quando falamos de limitações acentuadas de desenvolvimento apresentadas por alguns indivíduos e observadas no seu contexto sociocultural. De acordo com Santos (2010), e segundo as últimas investigações, assistimos a uma mudança das terminologias e das metodologias, ou seja, a uma redefinição de paradigmas sobre esta temática, situando-se a dificuldade intelectual dentro dessa redefinição, constituindo assim umas das novas terminologias a adotar.

A designação de deficiência está relacionada com a expressão de limitação no funcionamento individual em contexto social, representando este uma desvantagem para o indivíduo. No que se refere à dificuldade intelectual, esta tem como foco principal a interação entre o indivíduo e o seu meio envolvente, sendo certo que uma aplicação sistemática dos apoios individuais pode reforçar o funcionamento do indivíduo (Santos, 2010).

Esta nova perspetiva de encarar as dificuldades que limitam o seu desempenho nas atividades a desenvolver no dia a dia, designada por dificuldade intelectual, é atualmente definida como uma dificuldade que se caracteriza por um “funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, coexistindo com duas ou mais limitações ao nível das áreas adaptativas (comunicação, autonomia, lazer, segurança, emprego, vida doméstica,...), com a data de aparecimento até aos 18 anos de idade” (Santos, 2010, p.3).

De acordo com Santos (2010), o aspeto funcional da definição de dificuldade intelectual é realçado por, considerar que inclui o impacto do meio envolvente sobre o desenvolvimento humano. Este baseia-se na qualidade da interação que se estabelece entre o indivíduo e o ambiente que o rodeia, porque se encontra relacionado com a intensidade e o tipo de apoios a serem prestados.

Desta forma, o conceito de dificuldade intelectual e desenvolvimental, destaca a sua inserção no meio ecológico em que vive, ao referir que é necessário ter em atenção as limitações nas áreas adaptativas, não deixando de considerar o funcionamento intelectual do indivíduo (Silva & Coelho, 2014).

Os adultos com dificuldade intelectual e desenvolvimental são particularmente vulneráveis. Numa perspetiva de saúde, trata-se de um grupo que tem sido

negligenciado na sociedade, experimentando consideráveis desigualdades de tratamento em relação à população em geral (Krahn & Fox, 2014).

Os indivíduos com DID têm sido frequentemente marginalizados e discriminados ao longo da sua vida quotidiana, social e cívica. Esta população, depara-se habitualmente com disparidades substanciais no que respeita à saúde, habitação, emprego e falta de inclusão na vida comunitária, eles experimentam maior distância social (Ditchman et al., 2013; Kersh 2011; Werner & Roth 2014).

A consciência do estigma sujeita os indivíduos com DID a um sofrimento psicológico, diminuição da autoestima e maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental (Ditchman, et al. 2013; Jahoda, Wilson, Stalker & Cairney, 2010).

Os indivíduos portadores de DID sofrem de elevados níveis de ansiedade. Essa ansiedade não é apenas resultado da sua capacidade reduzida de enfrentar o stress e a estimulação provocadora de ansiedade, mas é também enfatizada pela sua reduzida capacidade de resolver conflitos psicológicos, e pela falta de habilidades sociais bem como pela sua instabilidade emocional (Morin & Tassé, 2004).

2.1. Os cuidadores do indivíduo portador de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

Os indivíduos com necessidades especiais geralmente necessitam de auxílio para realizar as tarefas do dia-a-dia, normalmente são os familiares os cuidadores, cuja qualidade de vida pode ficar ameaçada pelas circunstâncias dos cuidados frequentemente dispensados àqueles (Braccialli, Sankako, Bagagi & Araújo, 2012).

Os cuidadores são fundamentais para reconhecer comportamentos indicativos de dor relevantes e reportá-los aos profissionais de saúde. Eles são uma importante fonte de informação sobre a experiência da dor em virtude da sua relação íntima com aqueles que cuidam regularmente. Os profissionais de saúde frequentemente recorrem aos cuidadores pelo que lhes é solicitado que participem nas consultas para receberem informações que ajudem a avaliar e diagnosticar problemas. Daí que, é de grande importância considerar as percepções dos cuidadores e as experiências de cuidar de indivíduos com deficiência (Bottos & Chambers, 2006).

Os adultos com deficiência intelectual são frequentemente apoiados por familiares/cuidadores ou simplesmente cuidadores. Estes podem agir como modelos,

fornecendo apoio social e criando um ambiente que promova a saúde e o bem-estar dos indivíduos que estão ao seu cuidado (Caton et al., 2012).

O ato de cuidar não é uma tarefa fácil, exige uma mudança na vida de quem cuida e leva à realização de tarefas complexas delicadas e “sofridas”. Associada ao facto de que o cuidador normalmente é uma pessoa mais velha, pode-se inferir que este se pode tornar um doente em potencial e a sua capacidade funcional está constantemente em risco (Braccialli et al., 2012; Karsch, 2003).

De acordo com Muñoz (2007), é importante realçar que, apesar das famílias terem apoios sociais destinados ao indivíduo portador de DID, o cuidador principal é normalmente a própria família. A família acaba por se isolar ao longo do tempo, acabando por deixar de ter vida social. Os cuidadores que atravessam a fase do envelhecimento, tem mais preocupações, pois têm que tratar de si e do indivíduo com DID.

O cuidador principal, é um indivíduo procedente do sistema de apoio informal do indivíduo cuidado, seja familiar ou amigo, e que tem como características: assumir as principais tarefas de cuidado, com todas as responsabilidades que isso acarreta; é visto pelos outros membros da família como responsável por assumir os cuidados com o indivíduo com necessidades especiais; não é remunerado economicamente pelas tarefas de cuidado (Braccialli et al., 2012).

Cuidar de um indivíduo portador de DID, leva a que haja um esforço redobrado por parte das famílias. Este esforço manifesta-se a todos os níveis que implica a tarefa de cuidar, podem ser dificuldades familiares, sociais, psicológicas, entre outras.

3. ANSIEDADE NO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL

Em comparação com crianças ditas “normais”, as crianças com DID correm maior risco de ter outros problemas de saúde. As condições de saúde mais predominantes são: epilepsia (22%), paralisia cerebral (20%), perturbação de ansiedade (17%), perturbação desafiador opositivo (12%), e perturbação do espectro do autismo (10%) (Oeseburg, Dijkstra, Grothoff, Reijneveld, & Jansen, 2011).

Os indivíduos portadores de DID, revelam a nível pessoal características comportamentais evidentes, tais como: ansiedade, falta de autocontrolo, perturbações de

personalidade, fraco controlo interior, falta de motivação, tendência para evitar situações de insucesso (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

Os indivíduos com DID sofrem de elevados níveis de ansiedade. Essa ansiedade não é apenas resultado de sua capacidade reduzida de enfrentar o stress e a estimulação provocadora de ansiedade, mas também da sua baixa capacidade de resolver conflitos psicológicos, a sua falta de habilidades sociais e sua instabilidade emocional (Morin & Tassé, 2004).

Todos os indivíduos, de uma forma ou de outra já experienciaram sensações de ansiedade. Trata-se de um sentimento desconfortável de apreensão, normalmente acompanhado de sintomas físicos como, dor de cabeça, transpiração, peso no peito, desconforto digestivo, impaciência, incapacidade de ficar sentado ou parado por muito tempo. Estes sintomas variam de indivíduo para indivíduo, mas a ansiedade é um sinal de alerta, um aviso que pode promover ou evitar situações que ponham em risco a vida do indivíduo e dos que lhe são próximos. O medo associado funciona como um mecanismo de defesa a situações conhecidas de perigo ou percecionadas, conflitos internos ou externos (Bjorn, 2009).

Os sintomas da ansiedade têm dois componentes. O indivíduo dá-se conta de sensações físicas como, palpitações, suores, batida cardíaca rápida, hiperventilação e sensações psicológicas tais como, medo, o evitar situações duvidosas, pessoas ou locais que não conhecem. A acrescentar a estes sintomas, verificam-se efeitos viscerais que afetam o pensamento, a perceção e aprendizagem, e que tendem a produzir estados confusionais como dificuldade em situar-se no tempo e espaço. A ansiedade como psicopatologia pode levar o indivíduo a estados agravados, associados a crises de pânico e fobias (Bjorn, 2009).

Em situações de ansiedade, o corpo do indivíduo comporta-se de maneira adaptativa, os nervos do sistema nervoso ativam os músculos voluntários, o que por sua vez geram uma tensão corporal (Esch & Stefano, 2010; Neborsky & Lewis, 2011).

O sistema nervoso autónomo (SNA), altera a pressão sanguínea e a frequência cardíaca e respiratória, de forma a preparar o corpo internamente (Esch & Stefano, 2010).

As perturbações de ansiedade incluem problemáticas que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. A ansiedade é a antecipação de ameaça futura, e é frequentemente

associada à tensão muscular levando o indivíduo a colocar-se vigilante para perigo futuro e a comportamentos de cautela ou esquiva (DSM-V, 2014).

As principais características da perturbação da ansiedade, de ansiedade generalizada, são a ansiedade e a preocupação persistentes e excessivas sobre vários assuntos, mormente no desempenho de tarefas no trabalho e académicas, que o indivíduo dificilmente controla. Além disso, são experimentados sintomas físicos, dificuldade de concentração ou "ter brancas", irritabilidade, tensão muscular e, perturbações do sono (DSM-V, 2014).

Silva e Spielberger, (2007), caracterizaram ansiedade como um estado emocional negativo conduzindo à possibilidade da perda de si próprio, podendo ser desencadeada por qualquer alteração no ambiente ou no próprio indivíduo que é sentida como uma ameaça.

Ansiedade é também uma característica da personalidade segundo a qual os indivíduos podem ser qualificados, avaliados e diferenciados. Correntemente, aplica-se a palavra "ansiedade" quando se refere a um estado emocional desagradável. Ainda assim, a ansiedade refere-se também a características do traço de personalidade, ou seja, às diferenças relativamente estáveis quanto à tendência para a ansiedade (Silva & Spielberger, 2007).

Quando se fala em ansiedade associamos de imediato o conceito de Stress. A palavra stress acarreta consigo significados como tensão, esforço (mental ou físico) que estão na origem de alterações no sistema nervoso autónomo. O indivíduo, quando está stressado, pode interpretar estas mudanças como uma ameaça ou perigo e, quando isso acontece, a ansiedade surge como uma reação psicofisiológica que a caracteriza (Silva & Spilberger, 2007).

4. RELAXAÇÃO

Epistemologicamente "relaxationem, relaxare", é um sinónimo de diminuição, termo da medicina cuja etimologia nos reporta ao latim de "tensão" (Bjorn, 2009).

O Relaxamento apresenta-se como prática de muitos séculos que atravessou as mais diversas culturas. Assim, como a técnica de bem-estar ou de aprofundamento espiritual é extremamente antiga e tem a sua génese no Yoga. Este foi desenvolvido na

Índia muito antes da era Cristã, bem como o método de Concentração Mental, praticado pelos monges ortodoxos dos Montes Athos (Bjorn, 2009).

Serra (2014) refere que as técnicas de relaxação constituem um conjunto de procedimentos e de intervenções úteis. O seu desenvolvimento histórico é relativamente recente, visto que as principais técnicas de relaxamento têm as suas origens formais nos primeiros anos do século XX, ficando a dever-se ao conhecimento que receberam dentro da terapia e modificação do comportamento. Segundo Vera e Vila (1996), as primeiras publicações sobre a relaxação Progressiva de Jacobson e o Treino Autógeno de Schultz são de 1929 e 1932 respetivamente.

Existem importantes conexões históricas entre as técnicas de relaxação, baseadas na sugestão e nas primeiras tentativas de tratamento da doença mental, através do magnetismo animal e da hipnose, tal como foram aplicadas nos séculos XVIII e XIX (Vera & Vila, 1996).

O relaxamento abarca algumas técnicas responsáveis por proporcionar um estado de equilíbrio da ansiedade e da tensão muscular, dando alternativas de como lidar com o stress e com as alterações somático-mentais (Serra, 2014).

Segundo Vera e Vila (1996) existem diferentes marcos conceptuais, através dos quais foi possível abordar o estudo psicofisiológico da relaxação. Os principais resultam das investigações feitas sobre os processos emocionais, motivacionais e de aprendizagem.

Alguns dos métodos usados na prática do relaxamento têm como vetor principal a respiração consciente, essencialmente a respiração abdominal (Bjorn, 2009).

Segundo Freitas (2015), as técnicas de relaxamento visam promover, no organismo do indivíduo, estados opostos ou de reversão ao efeito negativo de situações de ativação do corpo causadas por estímulos stressantes, como uma situação de perigo ou emoção muito forte.

Ao concentrar-se, progressivamente na respiração, o indivíduo acalma e a sua agitação mental ativa o sistema nervoso parassimpático que gere a recuperação física e o bem-estar corporal. Todas as técnicas de relaxamento têm como objetivo a estimulação de sensações corporais, e é através dos vetores psíquicos que passam pelas perceções corporais incluindo a respiração, permitindo ao indivíduo em relaxamento descobrir-se a si próprio, experienciando-se no aqui e agora (Bjorn, 2009).

Segundo o mesmo autor, a técnica de relaxação permite a integração das diferentes dimensões do indivíduo – somática, psicológica e emocional – promovendo uma melhoria no estado de vigília e permitindo que o sono seja mais profundo e repousante.

A maioria das técnicas de relaxamento é direcionada para a concentração e para a respiração, como partes importantíssimas do relaxamento. O indivíduo deve ser instruído para que se imagine num lugar no qual se sinta bem e longe dos problemas que lhe causam desconforto no dia a dia. Deve ser sempre influenciado com pensamentos e palavras positivas, e ser conduzido de forma a idealizar que as energias negativas são retiradas de seu corpo. No plano mental, o relaxamento favorece uma melhoria intelectual, libertando a criatividade, desenvolvendo a memória, concentração, e promovendo uma forma de pensamento positivo (Bjorn, 2009).

4.1. Relaxação Progressiva de Jacobson

O relaxamento constitui um típico processo psicofisiológico de carácter interativo, onde o fisiológico e o psicológico se relacionam como partes integrantes do processo causa/efeito. Algumas intervenções para promoverem o relaxamento incluem meditação, relaxamento muscular progressivo, hipnose, técnicas que preconizam a respiração e a concentração (Serra, 2014).

O Relaxamento Progressivo de Jacobson, promove uma condição de aprendizagem, permitindo que o indivíduo adquira autonomia para utilizar essa técnica no seu dia-a-dia. Esta técnica proporciona uma sensação de alívio das tensões e de bem-estar, fazendo com que o organismo reponha as energias gastas (Angelotti, 2003).

Payne (2003) refere que algumas das patologias que poderão beneficiar da realização de sessões de relaxamento segundo o modelo de Jacobson são, ansiedade, pânico, depressão, dependências de substâncias, como tabaco, álcool e benzodiazepinas, perturbações alimentares, insónia, entre outras.

Ao realizar este método de relaxação, dever-se-á utilizar um tom de voz calmo e seguro o que permitirá estabelecer uma relação de confiança e de empatia com o indivíduo e consequentemente resultados positivos quanto ao seu relaxamento (Serra, 2014).

Esta técnica deverá ser realizada num ambiente calmo, com luz ténue, o indivíduo deve sentar-se com a cabeça apoiada ou deitar-se num colchão, para que

esteja confortável, descruzando as pernas, e apoiando todo o corpo na cadeira ou no colchão. Ao verificar que o indivíduo está descontraído é iniciada a sequência de exercícios. Cada músculo ou agrupamento muscular é tensionado e então relaxado, durante alguns segundos. Este procedimento é repetido pelo menos uma vez. Caso alguma região continue tensa, pode praticar-se até 5 vezes. Deve recomendar-se ao indivíduo que contraia apenas o grupo muscular que foi solicitado, fazendo um esforço consciente para não contrair restantes (Serra, 2014).

Tabela 1. Descrição de cada uma das sessões de relaxamento.

Grupos musculares	Exercícios
Mão, antebraço e bíceps dominantes	Aperta o punho. Empurra o cotovelo contra o chão e depois o mesmo com o membro não dominante.
Região frontal e couro cabeludo	Levanta sobrancelhas o mais alto possível; Aperta-se os olhos e ao mesmo tempo franze-se o nariz.
Boca	Aperta os dentes; aperta a boca para fora; abre a boca; Dobra o pescoço para a direita, para a esquerda, para a frente e para trás;
Ombros, peito e costas	Inspira profundamente, mantendo a respiração, ao mesmo tempo em que se elevam os ombros para cima tentando tocar nas orelhas;
Estômago	Encolhe contendo a respiração; solta-se;
Perna, pé e músculo direito	Tenta levantar a perna com força sem tirar o pé do chão; Dobra o pé para cima esticando os dedos, sem tirar o calcanhar do chão; Estende a ponta do pé e dobra os dedos para dentro.
Perna, pé e músculo esquerdo	Tenta levantar a perna com força sem tirar o pé do chão; Dobra o pé para cima esticando os dedos, sem tirar o calcanhar do chão; Estende a ponta do pé e dobra os dedos para dentro.
Sequência completa de músculos	Apenas relaxamento.

Fonte: Serra (2014)

Os benefícios da relaxação progressiva de Jacobson, são o bem-estar emocional, maior equilíbrio interno, maior capacidade de auto monitorização, maior tranquilidade,

aumento da vitalidade, maior controlo da dor e diminuição da agressividade (Dias, 2007).

O relaxamento, geral ou local, é definido por Jacobson (1938), como “completo se ocorrer o ponto zero de tónus relativamente à parte ou partes envolvidas e incompleto se ficar perto deste ponto” (Apóstolo, 2010, p. 85).

As definições incluem aspetos físicos do relaxamento relativos aos alongamentos das fibras e alívio da tensão muscular, em oposição à tensão que acompanha a sua contração, mas também outra dimensão do relaxamento, a psicológica, que inclui as sensações agradáveis e a ausência de pensamentos perturbadores ou geradores de stress. Assim, quando usamos o termo “relaxado” estamos a referir-nos a relaxamento muscular e pensamentos de tranquilidade (Payne, 2003).

Para Jacobson (1938), a excitação e o relaxamento são fenómenos fisiologicamente opostos. Ou seja, não podem ocorrer ao mesmo tempo e, ao relaxamento muscular corresponde a calma psíquica.

4.2. Relaxação no indivíduo portador de DID com ansiedade

A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson tem como princípio básico a tensão muscular que está relacionada, de alguma forma, à ansiedade. Se os músculos tensos puderem ser relaxados, o indivíduo experimentará uma acentuada e reconfortante redução da ansiedade (Serra, 2014).

A mesma refere que, a relaxação progressiva de Jacobson, é um método poderoso e eficaz para induzir o estado de relaxamento sucessivo de músculos voluntários numa sequência ordenada até que os principais grupos musculares do corpo estejam relaxados.

O relaxamento é utilizado no controlo da ansiedade, sobretudo nos indivíduos mais emotivos. Este poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “diálogos internos” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade provocada por causas diversas (Dias, 2007).

Durante o relaxamento, é possível criar-se um espaço para fazermos uma autoavaliação, para nos consciencializarmos da maneira como respiramos, do bem-estar, ou do mal-estar a que nos sujeitamos com a nossa forma habitual de estar e pensar. Esta

tomada de consciência muitas vezes conduz à resolução de problemas há muito enraizados na mente, bem como, a mudança da estrutura do pensamento (Dias, 2007).

A relaxação permite que o indivíduo se torne mais consciente de si mesmo e mais atento ao que se passa no seu íntimo, observar as suas reações emocionais a partir de outra perspetiva, percebendo muitas vezes que algumas das suas sensações corporais são imaginação dos seus pensamentos. Estas técnicas proporcionam ao indivíduo estratégias para promover o desenvolvimento das suas capacidades e competências de defesa bem como para fazer face a eventuais problemas (Serra, 2014).

O relaxamento age sobre o tónus muscular que varia em função dos fatores psico-emocionais e emocionais. A ligação entre os dois fenómenos é bidirecional, o tónus muscular também influencia a atividade emocional do indivíduo (Baptista & Dantas, 2002).

O propósito do relaxamento é, criar uma melhor integração tónico-emocional, por meio de reorganizações que permitam ao indivíduo controlar o seu tónus muscular. Isso abre a possibilidade de aprender progressivamente a melhorar o seu controlo tónico e emocional (Jacquet, 2007; Lemaire, 1991).

Seja qual for o método escolhido, o relaxamento procura sobretudo libertar o corpo de níveis de tensão elevados, tornando-o deste modo menos sensível e vulnerável a altas descargas emocionais.

Embora os problemas de saúde mental em geral, e os problemas de ansiedade em particular, sejam elevados na população com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, a abordagem psicológica predominante para ajudar estes indivíduos tem sido baseada na teoria da aprendizagem psicológica. Existem poucos estudos realizados sobre abordagens terapêuticas (Bouvet & Coulet, 2016).

Contudo, os métodos psicoterapêuticos demonstraram ser conducentes à melhoria da saúde mental desta população, em particular no que se refere à ansiedade (Cooray & Bakala, 2005; Taylor, Lindsay, Hastings, & Hatton, 2013).

O relaxamento como terapia comportamental tem sido utilizado em portadores de DID e demonstrou reduzir a ansiedade (Miller, 2008). A hipótese de que o relaxamento poderá ter efeitos positivos sobre a ansiedade baseia-se em diversos argumentos. Em primeiro lugar, a eficácia do relaxamento contra a ansiedade tem sido demonstrada por múltiplos estudos, em segundo lugar e mais

particularmente, o relaxamento já demonstrou ser útil em indivíduos com DID (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo & Molinari, 2008).

Estudos prévios confirmam (Gorely, Jobling, Lewis, & Bruce, 2002; Lindsay, Michie, Baty & McKenzie, 1988; Lindsay & Morisson, 1996; Miller, 2008; Wright, 2013) e mostram que os indivíduos com DID podem usar o método de relaxação de Jacobson, para minimizar a sua ansiedade, assim como os indivíduos sem DID (Manzoni et al., 2008).

O método Jacobson (Jacobson, 1938, 1967) é um método essencialmente fisiológico que consiste em reduzir a tensão neuromuscular, com a premissa de que isso reduzirá a tensão muscular e, assim, diminuirá a excitação fisiológica e, em última instância, a ansiedade (Sultanoff & Zalaquett, 2000). O método de Jacobson parece ser o mais adaptado para indivíduos com DID devido à sua simples abordagem física.

O método de Jacobson, é considerado eficaz para diminuir o stress emocional, que pode gerar ansiedade, o indivíduo aprende a manter o relaxamento muscular que é um estado oposto ao quadro da mesma (Freitas, 2015).

5. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL

Os indivíduos com DID debatem-se com diversas limitações ao nível da funcionalidade. Ao longo dos tempos tende-se a procurar alternativas e estratégias de maneira a compensar e a facilitar uma integração ativa na sociedade. A intervenção psicomotora pode desempenhar um papel importante neste processo, ao potencializar as capacidades destes indivíduos (Valente, Santos & Morato, s/d).

Segundo Fonseca (2001), a intervenção psicomotora concebe uma mediatização na qual o psicomotricista pretende estudar e compensar comportamentos inadequados e inadaptados em diferentes situações, normalmente relacionadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de aprendizagem e, no âmbito psicoafectivo.

A intervenção psicomotora propõe-se analisar as interações existentes entre os principais componentes do desenvolvimento humano: a motricidade e o psiquismo. Para Fonseca (2001), a motricidade concebe o sistema dinâmico e neurológico da organização motora, demonstra tanto ao nível do movimento como do comportamento

humano, a componente psíquica, entendida como a totalidade do funcionamento mental, composto tanto por dimensões sócio afetivas como cognitivas (Fonseca, 2001).

Para a intervenção psicomotora os principais instrumentos práticos são as atividades expressivas, as atividades lúdicas, as técnicas de relaxação, a consciencialização corporal, e as atividades motoras consciencializadas (Beck et al., 2004; Morais, Novais & Mateus, 2005). A partir destas práticas, pretende-se perceber o corpo e o que é possível receber dele. A intervenção psicomotora procura devolver à pessoa o papel ativo, na medida em que pretende modificar totalmente a sua atitude em relação ao seu corpo, percebendo-o como lugar de sensação, criação e expressão (Beck et al., 2004).

A terapia psicomotora tem como grande objetivo melhorar a relação do indivíduo com o ambiente que o rodeia, estimulando o seu próprio processo de maturação. O atual modelo proposto pela AAIDD (2010), traduz uma conceção multidimensional, funcional e bio-ecológica de dificuldade intelectual e desenvolvimental, acrescentando consecutivas inovações e reflexões teóricas e empíricas em relação aos modelos anteriores (AAIDD, 2010).

Nos indivíduos com DID, o desenvolvimento psicomotor encontra-se frequentemente alterado. Nestes casos, é pertinente uma intervenção precoce desde a mais tenra idade, dando especial atenção à intervenção na área da psicomotricidade, como uma das abordagens reeducativas e/ou terapêuticas que visam a promoção do seu desenvolvimento e reabilitação.

Luckasson et. al. (2002), define dificuldade intelectual e desenvolvimental como uma incapacidade determinada por limitações significativas, quer no funcionamento intelectual quer no comportamento adaptativo, que se manifesta nas habilidades práticas, sociais e conceituais, e que ocorre antes dos 18 anos de idade. Através dessa definição, observa-se que a dificuldade intelectual e desenvolvimental não apresenta uma qualidade do indivíduo, mas um estado particular do seu funcionamento (Almeida, 2004).

A conceção multidimensional da American Association on Mental Retardation (AAMR) explica a dificuldade intelectual e desenvolvimental em cinco dimensões, que envolvem aspetos relacionados com o indivíduo, relativamente ao seu funcionamento individual no ambiente físico e social, bem como aos sistemas de apoio. Uma dessas dimensões dá relevância ao comportamento adaptativo, que é definido como um

conjunto de capacidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pelo indivíduo para fazer face às necessidades do quotidiano. As capacidades conceituais relacionam-se com os aspetos académicos, cognitivos e de comunicação; e as capacidades sociais relacionam-se com a competência social ilustrada pela responsabilidade, autoestima, competências interpessoais, ingenuidade, cumprimento de regras, normas e leis; as capacidades práticas estão relacionadas com o exercício da autonomia, nomeadamente, alimentar-se, arrumar a casa, deslocar-se de forma autónoma e utilizar meios de transportes. Uma outra dimensão considerada também importante, é a sua relativa participação, a interação e os papéis sociais em que manifesta a importância da vida comunitária e a sua participação no que se diz respeito à avaliação das interações sociais e dos papéis vividos. São consideradas as condições em que o indivíduo vive e a sua qualidade de vida (Carvalho & Maciel, 2003).

A intervenção psicomotora pode melhorar bastante o bem-estar geral dos indivíduos, promovendo a qualidade ao nível dos domínios: psicológico, emocional/afetivo, social e físico. O psicomotricista dispõe de técnicas e ferramentas para poder intervir sobre estas problemáticas, como, técnicas de relaxação, técnicas de controlo da respiração, técnicas de consciencialização corporal, atividade motora, terapia cognitivo-comportamental através da mediatização corporal e sensorial, atividades direcionadas para os gostos e motivações do indivíduo e treino de competências pessoais e sociais (Silva, 2014).

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

O presente estudo tem como questão de investigação qual a influência da relaxação na dificuldade intelectual e desenvolvimental sob a visão dos cuidadores?

Para tal estabeleceu-se o seguinte objetivo: identificar a influência de um programa de relaxação terapêutica no indivíduo portador de dificuldade intelectual e desenvolvimental na visão dos seus cuidadores/tutores.

De forma a responder ao objetivo do estudo, recorreu-se a uma metodologia de natureza qualitativa.

Foram então utilizados métodos e técnicas que permitem recolher dados qualitativos, nomeadamente, notas de campo, questionários e entrevistas.

A pesquisa assentou nos pressupostos de um estudo de caso. Este, é um método de investigação qualitativa no qual o investigador deve seguir um esquema que depende do enquadramento teórico, das suas finalidades, objetivos e recursos disponíveis. Segundo Yin (2010), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange abordagens específicas de recolha e análise de dados. Este método é útil quando o fenómeno a ser estudado é amplo e complexo e não pode ser estudado fora do contexto onde ocorre naturalmente. É um estudo empírico que pretende determinar ou testar uma teoria, e tem como fonte de informação mais relevante, a entrevista.

1. PARTICIPANTES

Participaram neste estudo um total de sete sujeitos, dos quais cinco estabelecem algum tipo de relação com um dos elementos do grupo de intervenção e dois deles são os próprios participantes que responderam ao questionário e entrevista, tendo em conta que são suficientemente autónomos para esse efeito. Deste modo, dos participantes que estabelecem algum tipo de relação com o grupo de intervenção, três são familiares dos mesmos, um é o tutor de um dos indivíduos e outro é o auxiliar da instituição que acompanha o grupo de intervenção no seu dia-a-dia.

No que diz respeito aos familiares do grupo de intervenção, o grau de parentesco com os mesmos é: pai, irmã e cunhada.

Após a intervenção com o grupo de indivíduos com DID, foram aplicados questionários e entrevistas aos participantes, de forma a aferir se a relaxação teria tido algum tipo de efeito no grupo na perspectiva de quem os acompanhava.

2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados pode ser efetuada de forma direta, através de entrevista, ou indireta, através de questionário. Para a realização deste estudo, foram utilizados ambos os métodos.

Para saber a influência que a relaxação tinha sobre o grupo de intervenção, foram aplicados questionários aos seus familiares/tutores, ao auxiliar que os acompanha durante o dia na instituição e a dois indivíduos que participam nas sessões de relaxação.

O questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões apresentadas por escrito. Segundo Almeida e Pinto (1995), são consideradas algumas vantagens sobre este tipo de técnica de recolha de dados, tais como, a possibilidade de atingir grande número de sujeitos, garantir o anonimato das respostas, permitir que estes respondam no momento que lhes pareça mais apropriado e não expõe os questionados sob influência do questionador.

Ainda segundo o mesmo autor, as questões devem ser reduzidas e adequadas à pesquisa em questão. Nesse sentido, as questões devem ser claras, precisas, concisas e sem ambiguidades, para que o indivíduo saiba estritamente o que se espera dele, sem ser necessário adaptações ou explicações adicionais (Ghiglione & Matalon, 2001; Marques, 2012).

De um modo geral, o questionário como técnica de recolha de dados pressupõe um instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões, como na ordem das mesmas. É importante que as questões sejam colocadas da mesma forma a todos os sujeitos para poder existir comparabilidade entre os participantes no estudo.

O questionário aplicado na presente dissertação é constituído por 3 partes. A primeira parte consiste em perguntas sociodemográficas, nomeadamente o género, a profissão, escolaridade e grau de parentesco. A segunda parte é constituída por uma questão que recorre à técnica de associação livre de palavras, no qual o sujeito tinha de referir cinco palavras/expressões associadas à relaxação. Esta técnica foi criada por Jung em 1905 e desenvolvida posteriormente por outros autores, (por exemplo, Marques, 2012; Pereira de Sá, 2003; Vergès, 1992) e consiste em solicitar aos participantes que escrevam no instrumento, livre e rapidamente, palavras que lhe venham imediatamente à memória, quando são confrontados com o estímulo (Marques, 2012; Oliveira, 2005).

De acordo com Marques (2012) e Oliveira (2005), este método da associação livre de palavras é muito utilizado por duas razões, a primeira é que possibilita a apreensão das respostas de forma espontânea, revelando também possíveis conteúdos implícitos no discurso; E a segunda é pelo facto de se obter conteúdo semântico de forma rápida e objetiva, reduzindo as dificuldades e limites do discurso.

A terceira e última parte do questionário é constituída por uma lista de palavras, na qual era pedido ao sujeito que seleccionasse cinco por ordem de importância relativamente à influência da relaxação.

A entrevista foi a outra técnica utilizada e foi também direcionada para os cuidadores/tutores, para o auxiliar da instituição e para os dois indivíduos que participavam nas sessões, relativamente aos efeitos da relaxação.

Existem diferentes formas de entrevistas, diferindo sobretudo nos processos de comunicação e interação. Das várias formas de entrevistas, as mais relevantes são, a entrevista estruturada, semiestruturada e aberta.

Neste caso foi utilizada uma entrevista estruturada que é elaborada mediante um guião totalmente estruturado, ou seja, é aquela onde as perguntas são previamente formuladas e o guião deve ser seguido com precisão. O principal motivo deste cuidado é a possibilidade de comparação do mesmo conjunto de perguntas entre os vários participantes, nas quais as respostas deverão refletir diferenças entre quem as responde e não a diferença nas perguntas (Lakatos & Marconi, 2007).

Na entrevista existe contato direto entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo uma relação face a face. O entrevistador deve ser capaz de conquistar o entrevistado através de uma boa relação. Esta relação deverá transformar-se, durante a entrevista, numa relação de confiança, o que pressupõe uma certa familiaridade com a população em estudo. Contudo tem de saber manter neutralidade e distância relativamente ao mesmo. Não se deve envolver pessoalmente de forma a obstar à sugestão e à indução de repostas (Ghiglione & Matalon, 2001; Marques, 2012; Quivy & Campenhoudt, 2008; Silva & Pinto, 2001).

Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, em suporte de áudio, pelo que foi sempre solicitada autorização aos participantes. As entrevistas foram realizadas num pequeno gabinete, mas, conferia privacidade, possuía boa luminosidade e permitia que a entrevistadora se colocasse numa posição da secretária que facilitasse a interação e a ocorrência do mínimo de interferência de barreiras físicas ou humanas (Fortin, 2000; Ghiglione & Matalon, 2001; Marques, 2012; Quivy & Campenhoudt, 2008).

3. RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

O primeiro passo de recolha de dados para este estudo foi o preenchimento dos questionários pelos participantes do estudo.

Depois dos questionários todos preenchidos, foram marcadas entrevistas com os participantes que tinham respondido aos questionários de forma a obter informação mais aprofundada sobre os efeitos que eles achavam que a relaxação tinha surtido nos indivíduos com DID, de maneira a ter uma maior sustentação de resultados.

Para além destes dois métodos de recolha de dados, questionário e entrevista, também foram utilizadas notas de campo recolhidas através da observação das sessões de intervenção.

Para apreensão da influência da relaxação na população em estudo com a recolha de dados através de entrevistas e das notas de campo, optou-se pela análise textual utilizando a ferramenta Alceste. Este programa integra métodos estatísticos sofisticados realizando análise de dados textuais (Kronberger & Wagner, 2003; Marques, 2012).

Esta ferramenta tem por base a distribuição de vocabulário, em diferentes etapas, e realiza uma classificação hierárquica de palavras. O vocabulário de um enunciado pode incluir um traço, uma referência ou uma atividade, ou seja, pode revelar uma intenção de sentido do sujeito que enuncia (Kalampalikis, 2003; Marques, 2012). Um dos efeitos do instrumento de análise Alceste é precisamente a tradução do discurso formal num conjunto associativo onde a atenção é mais focada nas palavras que fazem sentido (Kalampalikis, 2003; Marques, 2012).

Para se iniciar o tratamento dos dados através do processamento no software, o primeiro passo foi preparar o corpus de análise. Para começar, as entrevistas e as notas de campo foram transcritas nos parâmetros técnicos próprios da ferramenta Alceste, separadas em linhas de comando e com códigos específicos de maneira a identificar o entrevistado e as variáveis consideradas. De seguida iniciou-se então o processamento que ocorreu em quatro etapas.

Na primeira etapa o programa faz a leitura do corpus e cálculo dos dicionários. O corpus de análise é constituído pelas Unidades de Contexto Iniciais (UCIs). Estas UCIs correspondem ao conjunto textual referente a um tema específico. Neste trabalho em concreto há um total de 7 UCIs, que se referem às entrevistas realizadas aos cuidadores, ao auxiliar e aos dois dos indivíduos incluídos no estudo. O mesmo processo foi desenvolvido para a análise das notas de campo que a investigadora registou durante a intervenção, resultando um total de 3 UCIs.

Seguidamente existe uma reformatação com cálculo da frequência das palavras identificando-as por raízes comuns, ocorrendo um processamento em unidades de contexto elementar (UCEs) para fazer as diferentes análises. Estas UCEs são, segundo Camargo (2005), “segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do corpus e, em geral, respeitando a pontuação” (Marques, 2012). De acordo com seu próprio vocabulário, a frequência e o qui-quadrado das palavras fornecem o fundamento para o agrupamento de UCEs em determinada Classe.

Na segunda etapa o programa fez os cálculos que permitiram chegar à classificação das ocorrências a partir de uma classificação hierárquica descendente (CHD) de palavras, tendo assim uma classificação definitiva. Esta análise realizada nesta etapa permite alcançar as classes.

A terceira etapa é a etapa mais importante porque ilustra as relações entre as classes. Nesta etapa o software produz dendogramas para a visualização das classes de palavras, hierarquizadas na etapa anterior. Para as palavras entrarem no dendograma é necessário que cumpram dois critérios, a frequência média no corpus tem de ser ≥ 6 e o qui-quadrado ≥ 3.84 (Camargo, 2005; Marques, 2012).

Por fim a quarta etapa é um prolongamento da etapa anterior, e é nesta fase que se chega ao conhecimento das principais características de cada classe de palavras e a uma classificação ascendente das mesmas.

De um modo geral, segundo Camargo (2005) a “análise quantitativa de dados textuais não deixa de considerar a qualidade do fenómeno estudado, e ainda fornece critérios provenientes do próprio material para a consideração do mesmo como indicador de um fenómeno de interesse científico” (Marques, 2012).

4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado numa Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem como função conceder serviços personalizados de reabilitação pessoal, social e profissional a Pessoas com Deficiência e Incapacidades (Site da Instituição, 2013)³. Foi fundada em 1972 por um grupo de pais e de cidadãos socialmente empenhados.

³ Para este estudo foi definido, por questões de anonimato, não referenciar o nome da instituição.

Esta instituição trabalha para a vida ativa e profissional das pessoas com deficiência e incapacidades de maneira a valorizar o seu bem-estar. Dispõe de uma equipa multidisciplinar de técnicos e de um conjunto de parcerias que lhe permitem desenvolver atividades terapêuticas, tais como a terapia ocupacional, terapia da fala, fisioterapia, hidroterapia, equitação terapêutica, psicologia, expressões integradas, sala de snoezelen, e atividades complementares, nomeadamente, teatro, educação física e despiste vocacional, de forma a responder às necessidades dos utentes (Site da Instituição, 2013).

É constituída por várias unidades, tais como, um Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), um Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), duas residências autónomas, um lar residencial e uma unidade de qualificação e emprego.

O CRI tem como objetivo prestar apoio a alunos dos 0 aos 18 anos com Necessidades Educativas Especiais de Carácter Permanente integrados no Ensino Regular, de acordo com o definido no Decreto-Lei 3/2008, nos estabelecimentos de educação dos Agrupamentos da sua área de abrangência (Site da Instituição, 2013). O CRI tem como objetivos: contribuir para uma melhor inclusão e integração sociais da população alvo do projeto, tendo em vista a sua dimensão pessoal e social através: do apoio na elaboração, implementação e monitorização de Programas Educativos Individuais, no apoio à construção de materiais de apoio adaptados, na promoção e monitorização de processos de transição no percurso de vida, desde a intervenção precoce até à vida pós-escolar, no desenvolvimento de programas para a transição da vida adulta, capacitando os jovens na tomada de consciência, responsabilização e decisão, e no apoio ao desenvolvimento de currículos adequados às capacidades cognitivas das crianças e jovens, no sentido da aquisição de novas competências e condições de aprendizagem nos mais variados domínios; funcionar como um complemento válido para a Comunidade Educativa, através da articulação dos vários intervenientes; sensibilizar e consciencializar a comunidade educativa para a inclusão da pessoa com necessidades educativas especiais; e envolver as famílias nos projetos desenvolvidos na instituição e/ou estabelecimento de ensino, apelando à sua participação ativa e envolvimento no percurso educativo da criança e do jovem (Site da Instituição, 2013).

A equipa do CRI da instituição é constituída por psicóloga/coordenadora, por terapeuta da fala, psicomotricista, técnica de transição e por fisioterapeuta. As

intervenções terapêuticas disponibilizadas por esta equipa são: avaliação psicológica; avaliação de interesses e aptidões profissionais; acompanhamento psicológico; programas de despiste e orientação de interesses e competências profissionais; avaliação intervenção em psicomotricidade, terapia em sala de snoezelen; expressões integradas; terapia de grupo de desenvolvimento de competências pessoais e sociais; avaliação intervenção em terapia da fala; avaliação e intervenção em fisioterapia; hidroterapia; treino de higiene pessoal; equitação terapêutica; e ações de sensibilização e formação à comunidade educativa incidindo na temática das Necessidades Especiais de Educação (Site da Instituição, 2013).

O CAO baseia-se num conceito que procura responder às necessidades das pessoas com deficiências e incapacidades a partir dos 18 anos de idade, exceto em situações devidamente autorizadas pelo Ministério, permitindo-lhes a realização de atividades socialmente vantajosas, sempre que possível na comunidade, com o objetivo de desenvolverem das suas capacidades como seres ativos, criativos e criadores (Site da Instituição, 2013).

Esta unidade tem como principais objetivos: promover a qualidade de vida em todas as dimensões; promover estratégias de reforço da autoestima, da valorização, da autonomia pessoal e social, assegurando as condições necessárias que concorram para o empowerment e bem estar do utente; prestar apoio na integração social através do desenvolvimento de atividades socialmente úteis nas áreas de teares, empalhamento e relés; promover atividades estritamente ocupacionais no domínio da autonomia e do comportamento adaptativo; e privilegiar a interação com a família/pessoa significativa e comunidade no sentido de otimizar a participação social (Site da Instituição, 2013).

A equipa técnico-pedagógica desta unidade é constituída por Coordenador/Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e Professor de Educação Física.

As residências autónomas são duas, sendo uma masculina e uma feminina com capacidade para 5 residentes cada e visa a prestação de serviços de alojamento e apoio residencial para pessoas com deficiência e capacidade de viver autonomamente (Site da Instituição, 2013).

Tem como principais objetivos a promoção de estratégias de valorização pessoal e social e de reforço da autoestima, reforçando as capacidades autonómicas para a organização das atividades da vida diária. Promove também um ambiente que permite

uma vivência próxima do modelo familiar, num espírito de interação e entajuda e desenvolve estratégias que potenciam a integração dos utentes em formação profissional, atividades funcionais na comunidade, ao nível do emprego apoiado ou no acesso ao mercado normal de trabalho, assegurando deste modo a sua plena inclusão social (Site da Instituição, 2013).

A unidade lar residencial criado em 1990, tem capacidade para 15 utentes e funciona 24 horas por dia, todo o ano, e destina-se a pessoas com deficiência e incapacidades, com idade superior a 16 anos, como alternativa ao meio familiar desorganizado ou inexistente (Site da Instituição, 2013).

A articulação com as outras unidades da instituição possibilita que os utentes usufruam de uma resposta e uma prestação de serviços mais abrangente e adequada às suas necessidades, nomeadamente, com o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e a Unidade de Qualificação e Emprego (Site da Instituição, 2013).

Esta unidade tem como objetivo: proporcionar alojamento; proporcionar o bem-estar físico e psicológico; promover o desenvolvimento e/ou manutenção da autonomia pessoal e social; promover o empowerment dos utentes; proporcionar períodos de lazer e entretenimento; garantir a melhoria da qualidade de vidas dos utentes (Site da Instituição, 2013).

São prestados serviços ao nível do alojamento, cuidado da higiene pessoal e de imagem, acompanhamento clínico, fornecimento e apoio nas refeições, tratamento da roupa, higiene habitacional, acompanhamentos ao exterior e transporte (Site da Instituição, 2013).

A equipa técnico-pedagógica do lar residencial é constituída por Diretor Técnico, um Psicólogo, um Assistente Social, um Fisioterapeuta, um Terapeuta Ocupacional, um Terapeuta da Fala e um Professor de Educação Física (Site da Instituição, 2013).

A unidade qualificação e emprego têm como principal finalidade promover a habilitação, reabilitação, e inserção socioprofissional de pessoas com deficiência e incapacidades, através de ações de qualificação profissional de forma a proporcionar competências de empregabilidade, a par da aquisição/reforço de competências pessoais e sociais (Site da Instituição, 2013).

Atendendo às características da Instituição atrás referidas e por a estudante se encontrar a realizar um programa de voluntariado em psicomotricidade na referida

instituição, considerou-se relevante identificar a influência da relaxação no indivíduo portador de dificuldade intelectual e desenvolvimental na visão dos seus cuidadores/tutores, do grupo onde estava a intervir com sessões de relaxamento. Para a realização deste estudo, utilizou-se o grupo de indivíduos com DID integrantes da unidade de CAO, que foram submetidos a sessões de relaxamento. As sessões de relaxamento decorreram durante 9 meses, com duração de aproximadamente 45min semanais, e foram realizadas na sala de teatro dessa mesma instituição, todas as quartas-feiras às 14.30h.

4.1. Programa de Intervenção aos utentes com DID

Para melhor operacionalização da intervenção específica enquanto voluntária na Instituição, foi possível aplicar o método de relaxação muscular progressiva de Jacobson a um dos grupos que acompanhava.

Esse grupo era então constituído por 6 indivíduos com dificuldade intelectual e desenvolvimental, com idades superiores a 18 anos que integram uma sala de CAO.

Dos 6 indivíduos, dois deles têm diagnóstico específico, enquanto os restantes têm apenas diagnosticado dificuldade intelectual e desenvolvimental. Alguns destes indivíduos vivem com familiares que também são os seus tutores, enquanto outros vivem na residência autónoma da instituição onde são eles próprios os seus tutores. O mais dependente vive no lar residencial da instituição, sendo o seu tutor um funcionário da Instituição.

De forma a manter o anonimato dos do grupo de intervenção e seus cuidadores, estes vão ser designados ao longo do estudo por indivíduo A, indivíduo B, indivíduo C, indivíduo D, indivíduo E e indivíduo F.

O indivíduo A, diagnosticado com Síndrome de Down reside com a sua cunhada; o indivíduo B, diagnosticado com Psicose Esquizofrénica reside com o seu pai; o indivíduo C diagnosticado com dificuldade intelectual e desenvolvimental ligeira reside com a sua irmã; o indivíduo D com dificuldade intelectual e desenvolvimental, está inserido no lar residencial; e tanto o indivíduo E como o indivíduo F, ambos diagnosticados com dificuldade intelectual e desenvolvimental, estão alojados na residência autónoma, e por esse motivo não têm tutores sendo eles próprios a preencherem os seus questionários relativamente a este estudo. A intervenção realizada com os indivíduos com DID foi feita através da

aplicação da técnica de relaxação Progressiva de Jacobson e ao longo das sessões foram realizadas notas de campo pela terapeuta.

As notas de campo dizem respeito à observação que o investigador faz dos indivíduos e do ambiente que os rodeia. De uma maneira geral é uma descrição global do que observa ao longo da sua intervenção.

A observação participante, é uma observação na qual é o próprio investigador o instrumento principal de observação, e tem por objetivo recolher os dados sobre as ações, opiniões ou perspectivas aos quais um observador exterior não teria acesso. É então uma técnica de investigação qualitativa adequada ao investigador que deseja compreender um meio social que lhe é estranho e que vai permitir integrar-se progressivamente nas atividades dos indivíduos que nele vivem (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2013).

Segundo Pourtois e Desmet (2007), a observação participante permite ao investigador estar inserido na vida dos indivíduos, uma vez que procura obter o máximo de informações que lhe é possível sobre esta situação específica.

De acordo com Evertson e Green (1986), a observação participante pode ser feita de uma forma mais ativa ou mais passiva consoante o nível de envolvimento do observador relativamente aos acontecimentos e aos pontos de vista dos indivíduos. Na forma mais ativa, o observador regista os seus dados após o período de observação, já na forma mais passiva o observador pode registar os seus dados durante esse período.

A observação participante permite recolher dois tipos de dados. Os dados registados nas notas de trabalho de campo que são do tipo da descrição narrativa e aqueles que o terapeuta anota no seu diário de bordo (Pourtois & Desmet, 2007).

De seguida são apresentados os resultados obtidos através das notas de campo, com o objetivo de fundamentar a intervenção realizada no âmbito do voluntariado desenvolvido. Intervenção essa que consideramos importante na construção da visão dos cuidadores sobre os efeitos da relaxação, objeto de estudo desta tese.

4.1.1. Intervenção: Notas de Campo

Notas de campo são registos recolhidos durante uma observação, representando um instrumento de recolha de dados de investigação qualitativa.

Tuckman (2000) refere que na investigação qualitativa, a observação tem como objetivo analisar o ambiente através de um esquema geral de forma a orientar, e que o resultado dessa observação é registado em notas de campo.

Ao longo da intervenção realizada foram sendo redigidas notas de campo que permitiram dar uma visão da evolução da intervenção. Foi importante aplicar este método de recolha de dados, uma vez que explicita aquilo que foi realizado e observado, tendo como objetivo registar as evoluções e reações dos indivíduos do grupo de intervenção ao longo das sessões.

Durante a intervenção resultaram 3 UCIs, a classificação do corpus resultou em 90 UCEs classificadas do total de 120, ou seja 75%, de material válido. Neste caso o resultado é válido uma vez que o Alceste considera como solução mínima aceitável 70% (Camargo, 2005; Marques 2012).

Tabela 2. Classes e UCEs

	UCEs	%
Classe 1	18	20,0
Classe 2	15	17,0
Classe 3	15	17,0
Classe 4	30	33,0
Classe 5	12	13,0

Os resultados mostram o mínimo de 10 UCEs para definir uma classe e promoveu a distribuição do conjunto dos dados textuais em cinco classes diferentes por descendência hierárquica, caracterizando cinco contextos de enunciação sobre a observação da investigadora ao longo das sessões, Tabela 2.

Seguidamente é apresentada a definição das classes tal como a sua descrição, de acordo com o referencial pertinente sobre o tema em estudo.

Como é possível observar na Tabela 3, encontra-se o conjunto de palavras significativo para construir a classe 1. Esta classe refere-se principalmente ao desenvolvimento da relação entre os utentes e a terapeuta.

É um conjunto de palavras que mostra a forma de pensar da investigadora de acordo com a sua observação das sessões. Evidenciamos apenas as de maior relevância.

No início das sessões observou-se que os indivíduos com DID não se sentiam tão à vontade com a terapeuta pois ainda não tinha sido possível contruir uma grande relação de empatia com os mesmos. Mas com o passar do tempo a relação foi evoluindo e isso fez com que os indivíduos se sentissem mais confiantes nas sessões e começassem a sentir-se mais à vontade nas mesmas.

Tabela 3. Palavras específicas mais significativas $\chi^2 \geq 4$ associadas à classe 1 – Desenvolver a relação.

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
À vontade	3	4
Confiança	6	8
Evoluindo	3	4
Relação	3	4
Sentido	6	26
Sessão/Sessões	12	4

Em seguida apresentamos as UCEs, isto é, os enunciados com maior significado, retirados das notas de campo e que dão forma à classe.

“(…) estas respostas deviam-se ainda à falta de confiança e de à vontade para comigo (...) com o passar das sessões isso também foi mudando, as respostas foram evoluindo (...)” INV1

“(…) também não falavam muito neste momento, talvez devido ainda à falta de confiança que tinham para comigo, tendo por isso muitas vezes de puxar por eles para que houvesse uma relação entre o terapeuta e os utentes (...)” INV1

“(…) nesta altura ainda os sentia muito desconfortáveis com a minha presença e com a situação em si. Mas após algumas sessões, foram notórias algumas evoluções nestes aspetos, ao ponto de quando entravam na sala iam diretamente buscar os colchoes e coloca-los no sítio que achavam melhor para si e logo de seguida sentavam-se no mesmo e antes que eu perguntasse alguma coisa começavam logo a falar (...)” INV1

Perante estes resultados, podemos constatar que é importante criar uma relação terapêutica com os indivíduos, para que os mesmos possam usufruir de maneira positiva das sessões, não tendo receios e de maneira a que possam estar o mais confortáveis e confiantes possíveis.

De acordo com Rogers (2009), uma relação terapêutica ocorre se o terapeuta assumir junto dos seus utentes, uma atitude de respeito, de aceitação e confiança nas potencialidades do mesmo para que este possa resolver os seus próprios problemas. Se essas atitudes forem adotadas de forma afetiva e empática junto do utente, se atingir um nível de comunicação onde o utente consegue perceber que o profissional aceita e compreende os seus sentimentos, nesse momento, podemos dizer que o processo terapêutico se iniciou.

A relação terapêutica é uma das mais importantes variáveis do processo terapêutico. Corey (1983) afirma que o aspeto mais importante de um processo terapêutico é o estabelecimento de uma boa relação pessoal. Segundo Velasco e Cirino (2002), a relação terapêutica pode ser um fator de influência positiva quando o terapeuta tem uma participação efetiva no tratamento, uma vez que ao ser desenvolvida uma boa relação terapêutica, o utente sente-se mais confortável e mais à vontade para fornecer as informações importantes para a terapia. Para que seja possível realizar uma intervenção terapêutica com eficiência, o terapeuta necessita estabelecer um meio de confiança, mostrando que compreende e aceita o utente, que os dois estão a trabalhar juntos e que o terapeuta dispõe dos meios necessários para o ajudar.

Na Tabela 4 observamos o conjunto de palavras significativas que formam a classe 2. Destacamos apenas as mais relevantes. Esta classe tem inclusas palavras relacionadas sobretudo com a evolução dos indivíduos ao longo das sessões. A combinação destas palavras nas notas de campo está relacionada com as evoluções dos indivíduos ao longo das sessões. No início, quando ainda não se sentiam muito confortáveis nem iam buscar os colchoes e notava-se sempre algum tipo de hesitação quando lhes era pedido que se deitassem no mesmo. Mas esses receios foram evoluindo, também devido à relação de empatia que se veio a criar com a terapeuta ao longo das sessões.

Tabela 4. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 2 – Evolução da sessão.

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Colchão/Colchões	6	18
Confortáveis	6	32
Empatia	6	32
Presença	3	5
Relação	3	5
Ritual	3	5
Utentes	9	34

Como podemos ver nos enunciados com maior significado, retirados das observações feitas pela investigadora e que dão forma à classe.

“(…) nos primeiros meses era necessário ser eu a colocar os colchoes no chão e dizer para se sentarem para falarmos um pouco antes de começar a sessão, uma vez que os utentes ainda não se sentiam confortáveis o suficiente para tomarem essa iniciativa (…)” INV1

“(…) aqui já comecei a sentir uma relação de empatia com os mesmos, já sentia que eles se sentiam mais confortáveis com a minha presença e já os sentia mais confiantes (…)” INV1

“(…) numa conclusão geral, houve uma evolução desde as primeiras sessões até às sessões finais. Toda aquela insegurança inicial começou a desaparecer e começou a haver uma grande empatia entre mim e os utentes (…)” INV1

De acordo com estes resultados retirados das notas de campo, é fundamental que haja uma boa relação, de empatia e de confiança entre terapeuta-utente para que o mesmo possa obter melhores resultados ao longo das sessões.

Segundo Corey (1983), fatores como a empatia, cordialidade, autenticidade, permissividade e aceitação incondicional são consideradas condições necessárias na relação entre utente e terapeuta e, tornando-se uma variável facilitadora para que ocorra

mudança de comportamento dentro do processo terapêutico. A relação entre utente e terapeuta, está constantemente em mudança. O terapeuta e o utente devem trabalhar juntos, a fim de promover o bem-estar das suas inter-relações. É o conjunto das suas interações que vão determinar as ações e procedimentos específicos para cada utente, as metas terapêuticas devem ser estabelecidas de comum acordo, pois os dois são cúmplices e têm o mesmo objetivo final.

Na Tabela 5 encontra-se o conjunto de palavras significativo que compõe a classe 3. Esta classe pode-se juntar-se à classe 5 pois ambas se referem ao mesmo tema.

É um conjunto de palavras que diz respeito ao método aplicado para este grupo de indivíduos. Destacamos nesta listagem as palavras, concentrassem, descontraíssem, pé e pernas. Ao longo da técnica de relaxação progressiva de Jacobson era solicitado que os indivíduos se concentrassem em determinada parte do corpo (por exemplo na barriga, nos pés, nas pernas) que os contraíssem e que de seguida os descontraíssem para assim se sentirem relaxados. Também era importante que se concentrassem na sua respiração principalmente no início da relaxação.

Tabela 5. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 3- Relaxamento segundo a técnica/método: concentração e descontração.

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Barriga	3	5
Calmamente	3	5
Concentrassem/Concentrem	15	59
Corpo	6	11
Descontraíam/Descontraíssem	12	18
Pé	9	16
Pernas	9	50
Tocar	3	5

Tal relevância é denotada entre os enunciados dos entrevistados selecionados com significação para compor a classe.

“(...) é pedido que se concentrem na barriga e que a encolham o máximo possível, e de seguida a descontraíam. Depois passamos para a zona inferior do corpo, começando pelas pernas (...)” INV1

“(...) acabando as pernas, passava se então para os pés, no qual também era pedido que se concentrassem primeiro no pé esquerdo e depois no pé direito, e que esticassem o pé o máximo possível e que de seguida o descontraíssem (...)” INV1

“(...) que se concentrem em cada uma das pernas, primeiro a esquerda e depois a direita, e que façam força com a mesma como se a quisessem levantar, mas sem deixar de tocar no chão e que de seguida descontraíam (...)” INV1

“(...) A ordem pela qual as partes do corpo eram contraídas, era normalmente a mesma todas as sessões, começando sempre pela parte superior do corpo até à parte inferior. Inicialmente pedia-se que fechassem os olhos e se concentrassem na respiração dizendo “respira calmamente” e “sente o ar que entra e o ar que sai”, repetindo esta última frase umas 3 vezes (...)” INV1

A técnica de relaxamento de Jacobson, também conhecida como terapia de relaxamento progressivo, é um tipo de terapia que se concentra em contrair e relaxar grupos musculares específicos numa determinada sequência. Concentrando-se em áreas específicas e contraindo-as e depois relaxando-as, é possível tornar o indivíduo mais consciente do seu corpo e das suas sensações físicas.

Deve-se explicar ao utente o procedimento da técnica e fazer uma rápida demonstração dos processos de tensão-relaxamento pelos quais ele irá passar. Durante o tempo de relaxamento, deve-se tensionar cada grupo de músculos por alguns segundos, prestando atenção às sensações nos músculos tensos. De seguida, pede-se que relaxem os músculos rapidamente e que se preste atenção nas diferenças entre as sensações de tensão e relaxamento. Esta técnica ajuda o indivíduo a aumentar a perceção das sensações de tensão das diferentes partes do corpo e da diferença entre estas e a sensação de descontração. Após essa reflexão sobre as sensações, pede-se que faça o mesmo com o grupo muscular seguinte (Jacobson, 1938).

A Tabela 6 mostra as palavras que compõem a classe 4. Trata-se de um conjunto de palavras indicativo ao início da sessão.

Destacam-se as palavras adormecer, complicado, fechados, método, relaxamento e tranquilos. Nas primeiras sessões era complicado mantê-los na posição de decúbito dorsal e de olhos fechados, uma vez que, inicialmente, os indivíduos colocavam-se numa posição mais confortável de modo a poderem dormir, e por esse motivo e de forma a evitar esse acontecimento, optou-se por utilizar este método de relaxação.

Mas com o evoluir das sessões, os indivíduos foram-se habituando à posição indicada pela terapeuta (decúbito dorsal) e foram visíveis grandes avanços, dado o facto que já se sentiam mais tranquilos com aquela técnica de relaxação, conseguindo assim aproveitar e vivenciar aquele momento.

Tabela 6. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 4 – Início da sessão.

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Adormecer/Adormecessem	6	13
Aplicada/Aplicado/Aplicar	9	5
Complicado	6	13
Dificuldades	6	6
Fechados	6	13
Métodos	12	28
Olhos	9	6
Relaxação/Relaxamento	18	28
Relaxados	3	6
Respiração/Respirassem	6	5
Técnica	6	6
Tranquilos	6	13

Tal evidência está enquadrada nas palavras que compõem a classe e que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados da observadora. Os enunciados seguintes refletem a significação dada à classe.

“(…) no início foi complicado mantê-los deitados de barriga para cima e de olhos fechados, pois muitas vezes eles deitavam-se logo numa posição pronta para dormir e acabavam mesmo por adormecer e por não fazer o que lhes era pedido neste método (…)” INV1

“(…) mas com o decorrer das sessões isso já não foi acontecendo e notava-se que eles estavam realmente a sentir/viver aquele momento de descontração. Dava para perceber que eles se sentiam realmente bem e relaxados durante o momento da relaxação. Até a respiração deles foi evoluindo ao longo das sessões, e notava-se que se sentiam cada vez mais tranquilos e à vontade naquele ambiente (…)” INV1

“(…) A este nível também foram visíveis grandes evoluções. Quando chegava a parte de começar o relaxamento, eles próprios se deitavam e fechavam automaticamente os olhos, e antes que eu precisasse de dizer que respirassem fundo já eles o estavam a fazer (…)” INV1

“(…) relativamente ao método propriamente dito, a contração/ descontração, não houve grandes problemas. Ao início tive receio que eles tivessem dificuldades em perceber o que lhes era pedido para fazer, mas fiquei surpreendida quando percebi que eles não tinham dificuldades em distinguir os conceitos de contração e descontração (…)” INV1

Nas primeiras sessões, os indivíduos submetidos à técnica de relaxação, não se sentiam totalmente à vontade nem com muita confiança, visto que não conheciam a terapeuta nem o método de relaxação que iam vivenciar.

Desta forma é importante que o terapeuta consiga criar um ambiente favorável e de segurança para que o indivíduo se sinta confortável, para que a relação terapêutica seja positiva.

A relação terapêutica caracterizada por Rogers (1987) deve ser livre de qualquer tipo de pressão ou constrangimento. Nesta abordagem, segundo Rogers (1995), um dos objetivos do terapeuta passa por criar um ambiente favorável no qual o indivíduo possa trabalhar.

O terapeuta deve ser afetuoso, compreensivo, transmitir segurança e aceitar a pessoa como ela é, para que o indivíduo abandone as defesas naturais e procure o autoconhecimento

Segundo Rudio (1999), a segurança pode ser resultado da aceitação incondicional e da harmonia do terapeuta. De acordo com Rogers (1995) e Rudio (1999), a segurança é sentida nos indivíduos, tanto ao nível da confiança, quanto no sentido de aceitação. A forma como a segurança é expressa pelos indivíduos, demonstra o resultado das atitudes positivas do terapeuta que estão presentes na relação.

A classe 5 é composta por um conjunto de palavras indicativas do decorrer do método de relaxação aplicado aos utentes, e por esse motivo sobrepõe-se à classe 3 como já tinha sido referido anteriormente. A Tabela 7 mostra as palavras que compõem a classe 5. Tal como já tinha sido referido numa classe anterior, neste método era solicitado que contraíssem determinada parte do corpo e que de seguida a descontraíssem/relaxassem. Nesta classe também se evidencia esse pormenor, mas destacando outras partes do corpo, nomeadamente a boca, os ombros e a testa.

Tabela 7. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 5 – Relaxamento segundo a técnica/método: desenvolvimento da sessão.

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Apertassem	3	7
Boca	9	42
Calmos	3	7
Concentrassem/Concentrem	15	6
Contraíam/Contraíssem	9	46
Corpo	6	16
Corporais	3	20
Descontraíam/Descontraíssem	12	11
Força	6	25
Ombros	6	20

Participantes	3	7
Relaxassem	9	65
Segmentos	3	20
Testa	6	42
Tocar	3	7

A classe 5 é constituída por palavras referidas pela investigadora através da sua observação.

Tal evidência está enquadrada nas palavras que compõem a classe e nas que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados dos entrevistados. Podemos confirmar tal evidência nas unidades de contexto elementar elencadas em seguida.

“(...) depois da testa passava para os olhos no qual pedia que os fechassem/contraíssem com muita força e que depois os relaxassem. De seguida passava-se para a boca no qual era pedido que fechassem a boca o máximo que conseguissem e que apertassem os dentes, e de seguida a abrissem e descontraíssem (...)” INV1

“(...) da boca passava-se para os ombros, no qual era pedido que subissem os ombros, o máximo possível, quase a tocar nas orelhas e que depois descontraíssem; de seguida passava-se para os braços, no qual era solicitado que os empurrassem contra o corpo com toda a força e que de seguida descontraíssem (...)” INV1

“(...) era pedida esta mesma ação em todos os segmentos corporais que achei relevantes, três vezes cada um. Começava então por pedir que se concentrassem na própria testa, e que a franzissem/contraíssem o máximo possível e que de seguida a relaxassem (...)” INV1

“(...) após os participantes estarem calmos e entregues totalmente àquele momento de descontração, começo por pedir que se concentrem em determinada parte do corpo e que a contraíam o máximo que consigam e que de seguida a relaxassem (...)” INV1

A técnica de Relaxação Muscular Progressiva, criada pelo médico e fisiólogo americano Edmund Jacobson, visa oferecer ao praticante um estado de relaxamento geral com o objetivo de atingir um estado de relaxamento mental.

Esse tipo de relaxamento, é obtido através da contração e descontração sistemática e consciente de determinados grupos musculares. Vários grupos musculares são tensionados durante algum tempo e em seguida relaxados, enquanto a atenção do indivíduo é dirigida para as sensações ligadas aos estados de tensão e relaxamento. Ao relaxar progressivamente os músculos, o indivíduo atinge um relaxamento mental. Com a prática desta técnica, o indivíduo é capaz de relaxar em diferentes situações de stress e em diferentes situações e perturbações relacionadas à ansiedade, atingindo um estado de calma e, em certas situações, diminuição das dores musculares (Hofmann, 2012).

Esta técnica apresenta exercícios sistematicamente programados, com intervalos de 10 a 15 segundos, em média, entre um e outro exercício, que podem ser realizados na posição sentada ou decúbito dorsal, sem interrupções, num ambiente agradável e com os olhos fechados. É um programa de treinamento para um relaxamento geral dividido em fases e subdividido em períodos que representam a quantidade de vezes que o treino deve ser realizado e inclui, o treino no braço esquerdo e direito, pernas esquerda e direita, tronco, pescoço, testa e olhos. (Jacobson,1976, 1998).

A análise dos dados permitiu observar que o corpus foi dividido em 5 classes, mas após uma análise mais detalhada dessas mesmas classes, foi possível agrupar algumas delas e formando assim 4 temas.

Assim na classe 1, onde surge o desenvolver da relação focou-se mais nas palavras confiança e sentido, uma vez que este desenvolvimento da relação se evidenciou maioritariamente na maneira como eles se sentiam para com a terapeuta quando foram começando a ganhar mais confiança com ela. Ao longo das sessões foi possível observar-se uma constante evolução na relação entre a terapeuta e os utentes e isso foi muito bom também para a continuação da realização das sessões de relaxamento.

A classe 2 refere-se à evolução da sessão e as palavras que mais se destacaram foram confortáveis, empatia e utentes. Esta classe aborda essencialmente os comportamentos/atitudes que os indivíduos foram tendo ao longo do tempo das sessões e da maneira como iam evoluindo. No início, de acordo com a observação feita pela

investigadora, os indivíduos pareciam não se sentir muito confortáveis ao longo da sessão, e isso pode dever-se ao facto de nos primeiros tempos ainda não terem uma grande relação de empatia com a terapeuta. Mas foi observável que, com o avançar das sessões esses níveis de confiança foram aumentando e a empatia para com a terapeuta também.

As classes 3 e 5 dizem respeito ao relaxamento segundo o método aplicado. Nestas classes foram referidas palavras como concentrassem/concentrem, descontraíam/descontraíssem, pé, pernas, boca, contraíam/contraíssem, corporais, força, ombros, relaxassem, segmentos e testa. Estas palavras remetem-nos para os pontos cruciais do método de relaxação aplicado a esta população. Enquanto decorria a relaxação propriamente dita era solicitado aos indivíduos que se concentrassem num determinado segmento corporal e que o contraíssem e de seguida o descontraíssem, como por exemplo as pernas, a boca, os ombros, entres outras.

A classe 4 diz respeito à entrada na sessão, e as palavras mais relevantes nesta classe foram: adormecer/adormecessem, complicada, fechado, métodos, relaxação/relaxamento e tranquilos. Através da observação das sessões, foi notórias as diferenças que foram ocorrendo das primeiras entradas de sessões com as seguintes. Inicialmente era complicado mante-los na posição indicada (decúbito dorsal com os olhos fechados) devido ainda à sua falta de confiança e insegurança por não conhecerem muito bem a terapeuta nem o que iam fazer. Era complicado conseguir com que eles ficassem nessa posição e não noutra mais confortável e que também evitasse com que eles adormecessem.

A apresentação das classes permite-nos perceber que podem ser formados quatro temas.

O primeiro tema surge da classe 1 que se refere apenas a essa mesma classe, ou seja, ao desenvolver da relação entre os utentes com a terapeuta. O segundo tema, “evolução da sessão”, que emerge da classe 2. O terceiro tema, “Relaxamento segundo o método” surge das classes 3 e 5, que após a análise das classes de forma individual foi possível constatar que ambas se completavam e que fazia sentido agrupá-las num mesmo tema. E o quarto tema, “Entrada na sessão” que é referente à classe 4.

Na Tabela seguinte apresentamos os conceitos mais significativos nos quatros temas.

Tabela 8. Temas com palavras específicas mais significativas

Observação das Sessões

Tema 1		Tema 2		Tema 3		Tema 4	
“Desenvolver a Relação”		“Evolução da Sessão”		“Relaxamento segundo o método”		“Início na Sessão”	
Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2
Confiança	8	Confortáveis	32	Concentrassem/ Concentrem	59	Adormecer/ Adormecessem	13
Sentido	26	Empatia	32	Descontraíam/descontraíssem	18	Complicado	13
		Utentes	34	Pé	16	Fechados	13
				Pernas	50	Métodos	28
				Boca	42	Relaxação/relaxamento	28
				Contraíam/contraíssem	46	Tranquilos	13
				Corporais	20		
				Força	20		
				Ombros	20		
				Relaxamento	65		
				Segmentos	20		
				Testa	42		

No tema 1 (classe 1), refere-se à observação feita pela investigadora relativamente ao desenvolvimento da relação entre a terapeuta e os utentes. Nesta fase ela descreve como acha que os utentes se sentiam antes e depois de começarem a criar uma relação de empatia com a terapeuta que os acompanhava nas sessões de relaxamento, e de como essa relação é importante para o decorrer das sessões.

O processo terapêutico é um processo construtivo no qual o crescimento resulta daquilo que ocorre entre o terapeuta e o utente. A relação entre o terapeuta e o utente é essencial para o sucesso terapêutico e alguns autores consideram a qualidade da relação terapêutica o melhor fator de previsão do resultado da terapia.

Esta relação terapêutica forma-se logo no início da terapia, possivelmente ao longo das primeiras sessões, e o desenvolvimento de uma boa relação entre terapeuta e utente desde o início pode ser bastante importante (Palhinha, 2009).

Esta boa relação garante uma maior aliciação do utente com o processo terapêutico, uma maior confiabilidade no trabalho do terapeuta, uma maior segurança para experienciar as tarefas sugeridas e um maior comprometimento e otimismo com terapia. Para além disso, uma boa aliança terapêutica está relacionada com resultados positivos no tratamento e com a minimização da ocorrência de resistências (Caldeira, 2016).

Para que se estabeleça esta relação sólida é necessário que seja desenvolvido um sentimento de empatia por parte do terapeuta, ou seja, uma compreensão da perspectiva dos problemas e do modo de funcionamento do utente por meio de afirmações empáticas, escolha de palavras, expressões faciais, tom de voz e linguagem corporal, de forma a fazer senti-lo valorizado e entendido (Caldeira, 2016)

A relação terapêutica pode ser vista como um modo de intervenção terapêutica e produzir algum tipo de mudança. A experiência de um ambiente seguro e de confiança, a disponibilidade demonstrada pelo terapeuta assim como a sua constância podem iniciar essa mudança no utente (Palhinha, 2009).

O tema 2 (classe 2), evolução da sessão, são observações feitas pela investigadora sobre como as sessões foram evoluindo ao longo do tempo, o que se foi alterando no comportamento dos utentes, como a maneira de ser deles se foi adaptando às sessões.

Ao longo das sessões os indivíduos foram se adaptando de forma positiva e isso foi-se revelando ao longo do tempo através das atitudes e posturas dos mesmos, nas quais já demonstravam estarem mais à vontade naquele ambiente inicialmente desconhecido e com a terapeuta, e isso é muito importante para que os objetivos das sessões sejam cumpridos. Eles começaram a ter mais confiança na terapeuta, e isso fez com que as sessões corresse sempre pelo melhor e que eles gostassem de ir para as mesmas.

As classes 3 e 5 são as que compõem o tema 3, relaxamento segundo o método, são também observações feita pela investigadora ao longo das sessões, mais propriamente durante a aplicação da técnica de relaxamento a que os utentes estavam a ser submetidos. Neste caso específico são relatos sobre as partes do corpo que eram contraídas e seguidamente descontraídas.

A técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson é identificada como o método mais antigo de relaxamento que traz benefícios tanto para a parte física como mental, e à medida que se vai repetindo é possível adquirir um maior grau de relaxamento.

Este método consiste num plano sistemático que abrange os principais grupos musculares do corpo humano. A alternância entre contração e distensão dos músculos resultam num relaxamento (Sousa Filho, 2009).

E por fim a classe 4 que se refere ao tema 4, entrada na sessão, no qual a investigadora fala maioritariamente de como a entrada nas sessões e o início das sessões foram evoluindo com o passar do tempo. Quais os receios iniciais dos utentes e de como esses medos foram ultrapassados.

Como é normal, no início das sessões há sempre algum receio por parte dos indivíduos, principalmente se forem pessoas com algum tipo de perturbação, uma vez que vão para um ambiente desconhecido. Mas nestes casos cabe ao terapeuta conseguir com que os indivíduos se sintam o mais confortável possível, para que as sessões corram da melhor maneira. Neste caso, a terapeuta conseguiu fazer isso, uma vez que os receios iniciais demonstrados pelos indivíduos nas primeiras sessões foram desaparecendo, sendo visível uma evolução positiva desde as primeiras sessões para as últimas.

Observou-se que, com o passar do tempo, eles já iam para as sessões com uma atitude mais disponível e notava-se que era algo ao qual eles gostavam muito de ir e de participar.

Quando a sessão começava era observável algum receio da parte deles em deitarem-se e fecharem os olhos, aspeto que se foi alterando ao ponto de eles chegarem e irem buscar os próprios colchões e deitarem-se sem que a terapeuta tivesse de dizer alguma coisa.

No início quando acabava a sessão era também complicado fazê-los falar sobre como se sentiram durante aquele momento, mas com o decorrer das sessões isso já não

era mais um problema, uma vez que eles próprios queriam começar a falar chegando algumas vezes ser necessário colocar uma ordem para que falasse um de cada vez.

Em relação ao método propriamente dito, nunca foi observado no geral, qualquer tipo de problema relativamente aos indivíduos que o praticaram. Sempre compreenderam o que lhes era pedido para fazer e a maioria era capaz de o realizar, à exceção de dois indivíduos que inicialmente apenas adormeciam e acabavam por não realizar a técnica como lhes era solicitada. Mas após algumas chamadas de atenção e com o passar das sessões, isso também se foi alterando.

De um modo geral, através desta observação conclui-se que as sessões correram bem e atingiram o que era esperado para aqueles indivíduos. Mas mais importante que isso, foi o facto de ser visível que os próprios gostavam de participar nas sessões e se sentiam bem ao fazê-lo.

Posto isto, foi importante apresentar estes dados, devido à sua riqueza para o resultado da intervenção. É fundamental perceber que a intervenção apresentou efeitos positivos nos comportamentos dos indivíduos com DID, provocando efeitos de calma e tranquilidade, assim como a promoção da autoconfiança. Estes efeitos foram visíveis no quotidiano da Instituição. Era também enriquecedor perceber de que forma foram perceptíveis no domicílio/local onde residem na visão dos seus cuidadores, daí ser importante desenvolver o estudo em curso.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para perceber realmente a influência da relaxação nos indivíduos com DID, foram aplicados questionários e realizadas entrevistas aos participantes deste estudo, ou seja, aos seus cuidadores.

O grupo de participantes do estudo, é então constituído por três sujeitos do sexo feminino, e quatro sujeitos do sexo masculino, todos residentes em Évora. Dentre os mesmos, três dos participantes apresentam um grau de parentesco com três dos indivíduos do grupo de intervenção, sendo os graus de cunhada, irmã e pai. Dois participantes não têm ligação familiar com os indivíduos do grupo de intervenção, isto é, um é tutor e o outro é auxiliar da instituição. Considerou-se importante incorporar estes últimos participantes porque alguns dos indivíduos sujeitos à intervenção não tem

família e vivem nas instalações da instituição, nomeadamente no lar residencial e na residência autónoma.

O habitar nas residências das instituições é uma resposta social destinada a acolher jovens e adultos com deficiência, de ambos os sexos, de idade igual ou superior a 16 anos, que se encontrem impedidos de residir no seu meio familiar normal, definitiva ou temporariamente. Destina-se a indivíduos que frequentem resposta social de CAO, de formação profissional ou se encontrem enquadrados em programas e projetos, em localidades fora da sua área de residência. Pretende proporcionar alojamento às pessoas com deficiência que não disponham de familiares que os possam acolher ou que se encontrem em situação de isolamento e sem familiares; casos em que a família necessite de apoio, designadamente em caso de doença ou necessidade de descanso; e proporcionar alojamento a todas as pessoas com deficiência que optem por uma vida independente dos seus familiares (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), 2017)

O lar residencial tem por objetivos: ajudar na melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos residentes; oferecer serviços adequados às necessidades biopsicossociais dos residentes; promover estratégias de aumento da autoestima pessoal e da capacidade para a organização das tarefas de vida diária; garantir um atendimento individual e personalizado tendo em conta as necessidades específicas de cada residente; promover a dignidade da pessoa e momentos para a estimulação da memória, do respeito pela história, cultura e espiritualidade pessoais e pelas suas memórias e vontades conscientemente expressas; incentivar estratégias de manutenção e reforço da autonomia e independência, funcionalidade, do autocuidado e da autoestima, e oportunidades para a mobilidade e atividade regular, tendo em conta o estado de saúde e recomendações médicas de cada residente; auxiliar na integração em outras estruturas, serviços ou estabelecimentos mais adequados ao projeto de vida dos residentes; ajudar na conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; promover o envolvimento e competências da família; facilitar os contatos sociais e potenciar a integração social (APPACDM de Lisboa, 2017).

1. RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Na Tabela 9 encontram-se as palavras que mais foram referenciadas pelos entrevistados na parte 2 do questionário, que era constituída por uma questão que recorre à técnica da associação livre de palavras, no qual o sujeito tinha de referir 5 palavras/expressões que lhe viessem ao pensamento quando pensasse em relaxação.

Tabela 9. Palavras mais relevantes da parte 2 do questionário.

Calma (Calm.)	Apaziguamento Bem-Estar Calma (5x) Estabilidade Paz Sossego Tranquilidade (3x)
Confiança (Conf.)	Autoconfiança Confiança (2x) Maior Autocontrolo
Relaxamento (Rela.)	Descanso Descontração Leveza Relaxamento Repouso Serenidade (2x) Silêncio (2x) Sono

Concentração (Conc.)	Concentração Maior concentração
Teimosia (Teim.)	Teimosia
Introspeção (Intr.)	
Abstração (Abst.)	

Segundo os entrevistados, quando pensam na palavra “relaxação” o que lhes surge de imediato ao pensamento são palavras como calma, confiança, concentração, teimosia, tranquilidade e serenidade.

Na Tabela 10 encontram-se as palavras que mais foram referenciadas pelos entrevistados na parte 3 do questionário, que era constituída por uma lista de palavras, na qual era pedido ao sujeito que selecionasse 5 por ordem de importância relativamente à influência da relaxação.

Tabela 10. Palavras mais relevantes da parte 3 do questionário

Stress (Stre.)	Ansiedade Aumento da dor Maior irritabilidade Rigidez muscular (2x) Stress (2x)
Calma (Calm.)	Calma (5x) Descontração muscular (5x) Mais autocontrolo (2x) Menor irritabilidade (4x) Redução da dor (3x)
Baixa Concentração (Bcon.)	Baixa concentração Diminuição da confiança
Aumento da Confiança (Acon.)	Melhoria da concentração

Também através da análise dos questionários referidos constatou-se que, segundo os participantes, a relaxação permite uma descontração muscular, um maior autocontrolo, uma menor irritabilidade, uma redução da dor e uma melhoria da concentração.

De acordo com Benson e Klipper (2000), o relaxamento é um estado físico de descanso profundo, que produz um conjunto de reações biológicas e emocionais opostas aquelas provocadas pela resposta de luta ou fuga característica do stress.

O relaxamento ajuda a lidar com a ansiedade. É um recurso muito importante para controlar a tensão do quotidiano, prevenir perturbações e melhorar a qualidade de vida. Para tal, é importante ter em consideração as exigências da situação, juntamente com os aspetos cognitivos e comportamentais.

Com o relaxamento ao reduzir a ativação corporal, aumenta a sensação de tranquilidade e calma, assim como de paz e bem-estar. Ajuda também a reorientar a atenção e a ter um maior autocontrolo.

2. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Tendo por base o resultado da análise dos questionários foi realizado o guião da entrevista a ser feita aos sujeitos que responderam a esse mesmo questionário.

Os resultados obtidos foram: a classificação do corpus resultou de 7 UCIs, que deu origem a 141 UCEs classificadas do total de 198, ou seja 71%, de material válido. Neste caso o resultado é válido uma vez que o Alceste considera como solução mínima aceitável 70% (Camargo, 2005; Marques 2012).

Tabela 11. Classes e UCEs

	UCEs	%
Classe 1	33	23,0
Classe 2	21	15,0
Classe 3	24	17,0
Classe 4	15	11,0
Classe 5	18	13,0
Classe 6	30	21,0

Os resultados mostram o mínimo de 10 UCEs para definir uma classe e promoveu a distribuição do conjunto dos dados textuais em seis classes diferentes que caracterizam a visão que os cuidadores tinham da influência da relaxação nos seus familiares, Tabela 11.

Relativamente às classes, estas podem ser analisadas como contextos semânticos, se forem consideradas dentro do campo da linguística, podendo indicar, também, representações sociais ou campos de imagens sobre determinado assunto (Camargo, 2005; Marques, 2012).

Seguidamente é apresentada a definição das classes tal como a sua descrição, de acordo com o referencial pertinente sobre o tema em estudo.

Como é possível observar na Tabela 12, encontra-se o conjunto de palavras significativo para construir a classe 1.

É um conjunto de palavras que mostra a forma de pensar de um determinado grupo de entrevistados. Neste caso evidenciamos apenas as de maior relevância.

Este tipo de relaxação muscular permite que os indivíduos fiquem mais calmos e descontraídos. O indivíduo ao fechar/contrair o segmento corporal solicitado e ao descontrair de seguida, o mesmo fica com uma sensação de tranquilidade conseguindo também começar a controlar-se de uma melhor maneira. Neste conjunto de palavras é dado ênfase à dimensão física da relaxação.

Tabela 12. Palavras específicas mais significativas $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 1- Dimensão física: motora.

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Agitação	6	10
Calma/Calmo	12	8
Calmos	15	43
“Comportamentada”/Comportamentais/ Comportamental	9	13
Controlar/Controlo	9	13
Descontração/Descontrair	12	5

Descontraído/descontraídos	15	30
Fechar	6	21
Muscular	6	21
Olhos	6	10

Em seguida apresentamos as UCEs, isto é, os enunciados com maior significado, retirados das entrevistas e que dão forma à classe.

“(…) o facto de eles estarem ali aquele bocadinho, quando depois chegam à sala nota-se isso, que eles estão mais calmos. Lá está, eles ficam mais calmos, mais tranquilos. Eu acho que ajuda, a continuação, ajuda eles a descontrair e a controlar mais aqueles impulsos (…)” SUJ2

“(…) porque eles quando vêm dali vêm, como eu já lhe disse, mais calmos, mais concentrados. Eu acho que a continuação das sessões os ajuda (…)” SUJ2

“(…) eu acho que é mais descontração muscular porque ele quando vem senta-se, está mais calminho, mais mole. (…)” SUJ5

“(…) sinto os dois. Durante o relaxamento também me sinto rijo. No final da relaxação fico mais descontraído, menos irritado, mais calmo, mais tranquilo. Ajuda no comportamento da pessoa humana. A pessoa fica descontraída, e ajuda no autocontrolo (…)” SUJ1

“(…) acho que a relaxação o ajudou a controlar a irritabilidade (…)” SUJ4

“(…) mas sim, sinto que eles gostam muito. É uma coisa que eu acho que eles ficam muito calmos, acho que é uma coisa que os tranquiliza. Mesmo sob aquela agitação que por vezes ele anda, porque ele é um miúdo muito agitado. E realmente da lhe algum efeito (…)” SUJ5

“(…) calma, descontração. Depois da sessão sentia-me calmo. Acho que tem um efeito mais comportamental, o comportamento da pessoa, a pessoa fica mais “comportamentada”, mais calma. Sim, uma pessoa fica mais calma, mais descontraído.

Ajuda-me através de me concentrar, fechar os olhos. De estar sentado, abstraído sim deixa (...)” SUJ1

Após análise desta primeira tabela, os participantes referem que a relaxação provoca efeitos de calma e de descontração nos seus familiares.

Segundo Borges e Ferreira (2013), o relaxamento surge associado a momentos de alívio de tensão, em oposição, a momentos de contração muscular. Por outras palavras, é um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo.

Para Borges e Ferreira (2013), a técnica de relaxação progressiva consiste num procedimento que pretende reduzir os níveis de stress, ao diminuir de forma progressiva e voluntária a contração muscular.

Na Tabela 13 observamos o conjunto de palavras significativas que formam a classe 2. Destacam-se apenas as mais relevantes. Esta classe tem inclusas palavras relacionadas sobretudo com o que a relaxação transmite aos indivíduos, como eles se sentem após terem sido submetidos a uma sessão de relaxação. Calor e paz são as palavras que mais se destacam nesta classe, e que são relacionadas com um tipo de sensação. Apesar da palavra “física” também ser bastante relevante devido à sua conotação, esta não apresenta uma frequência e qui-quadrado elevados. Estes resultados também são muito referentes à dimensão física da relaxação.

Tabela 13. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 2 – Dimensão física: ambiente.

PALAVRA	Frequência Média	Qui-quadrado χ^2
	Na Classe f	
Calor	9	36
Paz	6	6

A classe 2 sobrepõe-se à classe 1 nos seus termos no sentido de a componente física permitir aos utentes sentirem-se mais calmos e em paz.

A combinação destas palavras nas entrevistas dos participantes está relacionada com as sensações que a relaxação transmite aos mesmos. Como podemos ver nos enunciados com maior significado, retirados das entrevistas e que dão forma à classe.

“(...) quando começa a fazer alguma coisa e eu digo-lhe “C tem de ser” e ele depois acaba por fazer até ao fim. Sim, sim, um bocadinho. Porque ele antes tinha de andar sempre de um lado para o outro, mesmo com o calor e tudo, e eu dizia “C não pode ser, esta muito calor” e ele começava “oh, mas eu tenho de andar, de me mexer”, e agora não (...)” SUJ4

“(...) paz, equilíbrio, sim é isto. A relaxação acalma-o. Ele antes andava muito stressado. Há fazes em que ele não se stressa muito, mas agora, de há um tempo para ca acho que já não anda tão stressado (...)” SUJ4

De acordo com estes resultados, os participantes revelam que a relaxação provoca sentimentos de calma, paz e de equilíbrio aos seus familiares.

O relaxamento contribui para a diminuição do stress e da diminuição da angústia, consequentemente, reforça a tranquilidade e o equilíbrio (Salvador, Rodrigues & Carvalho, 2008).

De entre todas as estratégias que procuram diminuir o impacto físico do stress, a técnica de relaxamento muscular progressivo é uma das mais eficientes. Se for praticada com regularidade, pode ser uma grande ajuda ao aliviar as tensões musculares. A mesma permite que o individuo alcance um estado de calma mental através do relaxamento muscular. E quando alcançado o equilíbrio interior, é possível reestruturar pensamentos e enfrentar os medos.

Na Tabela 14 encontra-se o conjunto de palavras significativo que compõe a classe 3. É um conjunto de palavras indicativo da dimensão psicológica da relaxação.

Destacam-se nesta listagem as palavras, nervoso e tranquilo. Como já foi referido anteriormente, uma pessoa com dificuldade intelectual e desenvolvimental sofre sempre uma certa ansiedade. Contudo, pode não se tratar de uma pessoa muito nervosa, mas após ser submetida a uma técnica de relaxação o sujeito acaba por se sentir mais tranquilo nem que seja por poucas horas. A conclusão que se tira da análise da tabela 14 prende-se com o facto de a relaxação aplicada aos indivíduos os permitir ficarem mais tranquilos e os ajudar mais a nível psicológico.

Tabela 14. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 3 – Dimensão psicológica: equilíbrio interior.

PALAVRA	Frequência Média	Qui-quadrado χ^2
	Na Classe f	
Diferença	3	5
Nervoso/Nervosos	15	64
Psicológico	3	5
Tranquilize	3	5
Tranquilo/Tranquilos	12	16

Tal relevância é denotada entre os enunciados dos entrevistados selecionados com significação para compor a classe.

“(…) mas em casa ele não é muito nervoso. A ele acho que não lhe faz grande diferença. É capaz de lhe fazer falta se calhar aqui quando está com os colegas e não sei quê, é capaz de se irritar mais, de se enervar mais (…)” SUJ6

“(…) ele não é um miúdo nervoso, não é um miúdo mau. Ele é tranquilo, muito tranquilo. Mas pronto, não sei. Não sei como é que ele é cá com os colegas, mas pronto se calhar faz-lhe bem como faz a todos (…)” SUJ6

“(…) eu acho que é psicológico, porque os faz estar tranquilos (…)” SUJ6

Segundo os participantes, o relaxamento surte um efeito psicológico nos indivíduos, uma vez que provoca efeitos de tranquilidade em situações mais tensas com os familiares.

De acordo com Vaitl (1982), uma técnica de relaxamento é um método de intervenção psicológico que tem por objetivo, o indivíduo atingir um estado de relaxamento físico (relaxamento muscular e redução da estimulação do sistema nervoso simpático) e mental (tranquilidade e equilíbrio interior).

A Tabela 15 mostra as palavras que compõem a classe 4. Estas palavras são dirigidas para o resultado das sessões. Destacamos as palavras complicado, confiança e

sessões. As sessões de relaxamento, no início, podem ser um pouco complicadas para as pessoas com este tipo de perturbação, devido ao receio de ficarem durante algum tempo quietos e de olhos fechados. Mas após algum tempo começam a ganhar confiança e conseguem fazê-lo sem nenhum problema. Começam a ter mais confiança neles próprios.

Tabela 15. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 4 – Resultado da sessão.

PALAVRA	Frequência Média	Qui-quadrado χ^2
Na Classe f		
Complicado	9	53
Confiança	3	26
Descansar	3	10
Irrita/Irritado	6	5
Relaxação/Relaxamento	9	7
Sessão/Sessões	9	34

Tal evidência está enquadrada nas palavras que compõem a classe e que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados dos entrevistados. Os enunciados seguintes refletem a significação dada à classe.

“(…) com o sobrinho, por exemplo, não noto que ele se tenha irritado ultimamente. Por isso é possível que tenha a haver com a relaxação (…)” SUJ7

“(…) sim, diariamente às vezes um bocado complicado, mas se possível, tento fugir aos conflitos. Quando terminava a sessão sentia-me mais calmo. O pior depois é quando continuo com as minhas atividades. Mas sim, a relaxação permite descansar a parte cerebral. Parece que se cria mais animo (…)” SUJ3

“(…) por exemplo, acho que para eles, se calhar, é muito complicado ficarem de olhos fechados durante o relaxamento. E agora não, eles vão para a sessão e não há problema nisso. É muito complicado eles chegarem ali e ficarem quietos, e agora não (…)” SUJ2

“(…) acho que eles têm muito mais confiança neles próprios, eu noto isso. Quando eles vêm de lá, pronto, nota-se. Eu até acho que as sessões deviam de ser mais do que uma vez por semana (…)” SUJ2

De acordo com os resultados acima descritos pelos participantes, os mesmos revelam que a relaxação provoca um aumento da autoconfiança. Para além disso, também referem que a relaxação permite que ocorra um descanso cerebral e que dessa forma fiquem mais calmos.

A meditação é considerada uma forma de relaxamento, que permite uma redução da ansiedade e do stress. Durante a meditação ocorre um controlo da respiração, um aumento da concentração e a um relaxamento corporal. A prática da meditação leva a uma diminuição dos níveis de ansiedade, diminuição da frequência cardíaca, melhoramento da plasticidade cerebral, diminuição do stress, aumento da capacidade de atenção, aumento dos afetos positivos e resiliência, aumento da confiança consciente, mudança de condicionamentos mentais e aumento do bom humor e autoestima (Menezes & Dell’Aglia, 2009).

A classe 5 é composta por palavras mais referentes à dimensão psicológica da relaxação, nomeadamente aos efeitos da mesma. A Tabela 16 mostra as palavras que compõem a classe 5.

Podemos referir que a relaxação mantém as pessoas mais calmas, provocando efeito de calma e tranquilidade nos indivíduos que a praticam. Quando se pensa em relaxação é inevitável pensar-se nessas palavras “calma” e “tranquilidade”.

Tabela 16. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 5 – Dimensão psicológica: efeitos da relaxação.

PALAVRA	Frequência Média	Qui-quadrado χ^2
	Na Classe f	
Abstraídos	3	8
Apático	3	21
Atenção	3	8
Calma/Calmo	12	13

Complementa/Complementam	6	43
Efeito	9	26
Natural	3	21
Psicologicamente	3	8
Relaxados	3	21
Sentido	9	43
Tranquilidade	6	21

A Classe 5 é majoritariamente constituída por palavras enunciadas pelos entrevistados relativamente ao que lhes vem à cabeça quando pensam em relaxação e relativamente às dimensões da relaxação.

Tal evidência está fortemente enquadrada nas palavras que compõem a classe e nas que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados dos entrevistados. Podemos confirmar tal evidência nas unidades de contexto elementar elencadas em seguida.

“(...) penso em descanso, tranquilidade, paz. No momento quase que esqueço, que não penso em nada. A relaxação para mim complementa-se nessas três, se bem que para mim o efeito imediato é a questão física (...)” SUJ3

“(...) penso que ficamos completamente, não e abstraídos que se diz, ficamos relaxados de tal forma que só pensamos nesse momento. Isto é a minha ideia. É mesmo ficar tranquilo e calmo. Para mim é isso que eu sinto. Acho que o que provoca nele é, logo na altura, ali nas primeiras horas dá realmente efeito e ele fica mais calmo, mais sereno, mais apático (...)” SUJ5

“(...) eu acho que é comportamental e físico também. E psicologicamente também. Acho que as três se complementam (...)” SUJ4

“(...) descontração, calma, e no caso dele é capaz de provocar alguma sonolência. Ele até me contou que gostava muito do relaxamento. Fez questão de me dizer, sem que eu lhe tivesse perguntado, que gostou muito do relaxamento (...)” SUJ7

“(…) eu antes pensava que seria para ele chamar a atenção, mas agora acho que, pronto, acho que a relaxação está a fazer bem nesse sentido também. Anda mais confiante. sim, também há certas coisas que ele dantes começava a fazer, e mesmo lá em casa e depois, pronto, largava e não acabava, mas agora não (…)” SUJ4

“(…) não acho que faça efeito para 24 horas, mas não dá para avaliar bem isso. Ali na altura sim, ajuda. Eu acho que ajuda a concentrar, é como lhe digo, ali nas primeiras horas ele está concentrado (…)” SUJ5

De acordo com o Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência (C.E.C.D), a relaxação compreende um conjunto de técnicas de mediação corporal, de controlo respiratório e expressão, com o objetivo de auxiliar o individuo a conseguir uma maior consciencialização corporal. Assim sendo, a partir do melhoramento da capacidade de conhecer o corpo, o indivíduo vai ser capaz de o controlar e dominar, reduzindo comportamentos, atitudes e estados de tensão que lhe provocam desconforto, dor e, como tal, desprazer. Com a relaxação conseguimos desenvolver o autoconhecimento corporal, a capacidade expressiva e a espontaneidade, a autoestima, o autocontrolo, a concentração, a capacidade de reduzir a tensão neuromuscular, o contato e a relação com os objetos e com os outros, assim como, de aprender a reaprender os diferentes tempos e ritmos corporais. (C.E.C.D., 2018)

Os benefícios das técnicas de relaxamento são diversos. Segundo Faria (2017), a relaxação reduz os níveis de stress, aumenta a capacidade de concentração e de memorização, desenvolve o raciocínio lógico-matemático e a criatividade, reduz a violência, permite um equilíbrio ao nível do campo emocional, reduz a dor crónica e a ansiedade generalizada, e aumenta a imunidade.

A classe 6 é composta por um conjunto de palavras que indicam os fatores que a relaxação mais pode ajudar, e refere-se principalmente à dimensão psicológica da relaxação, nomeadamente à capacidade de descontração/atenção. A Tabela 17 mostra as palavras que compõem esta mesma classe.

Podemos referir que a relaxação pode ajudar ao nível da concentração, da atenção, da descontração e a atenuar os níveis de stresse de uma pessoa.

Tabela 17. Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 5$ associadas à classe 6 – Dimensão psicológica: capacidade de descontração/atenção.

PALAVRA	Frequência Média	Qui-quadrado χ^2
	Na Classe f	
Atenção	3	3
Concentração/Concentrado/Concentrar	21	15
Descontraí	6	23
Dificuldade/Dificuldades	6	23
Stresse	9	6

A classe 6 é constituída por palavras enunciadas pelos entrevistados (neste caso tutores, auxiliar e alguns dos próprios participantes submetido à técnica de relaxação). Estes dados representam alguns dos aspetos em que a relaxação pode ajudar.

Tal evidência está enquadrada nas palavras que compõem a classe e nas que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados dos entrevistados. Podemos confirmar tal evidência nas unidades de contexto elementar elencadas em seguida.

“(…) ele durante as férias nunca foi confrontado com situações de stresse, mas ele sempre teve dificuldades em lidar com essas situações. Normalmente perde a cor, fica branco, perde a fala, a capacidade de ripostar, mas realmente durante estas férias não houve assim nada (…)” SUJ7

“(…) eu julgo que os três, que existe aí uma mistura dos três, porque normalmente se não estamos bem fisicamente também não estamos bem mental e psicologicamente. Acredito que sim, que surta algum efeito provavelmente naquele dia ou no dia seguinte, mas assim a longo prazo não me pareceu (…)” SUJ7

“(…) os períodos de concentração dele nunca são longos, é capaz de se concentrar durante algum tempo, digamos, também depende do interesse da atividade (…)” SUJ7

“(…) de facto não há um termo de comparação em relação ao antes e depois das sessões. Ele tem dias em que anda mais descontraído do que outros, não sei se calhar teve a haver com a relaxação, não sei (…)” SUJ7

O relaxamento, permite um alívio das tensões musculares, ou seja, uma descontração muscular.

De acordo com Elias (2014), algumas das manifestações fisiológicas do relaxamento são: diminuição da frequência respiratória, da frequência cardíaca e da tensão muscular, e aumento da vasodilatação.

Para além de aliviar as tensões, o relaxamento permite que haja um aumento dos níveis de concentração e de atenção numa determinada atividade.

De acordo com Menezes e Dell'aglio (2009), ao longo da meditação ocorre um aumento da concentração, e a prática da mesma leva a um aumento da capacidade de atenção.

A análise dos dados permitiu observar que o corpus foi dividido em 6 classe, mas após uma análise mais detalhada dessas mesmas classes, foi possível agrupar algumas delas e formando assim 3 temas.

Assim a classe 1 e 2 referem-se à dimensão física da relaxação, uma vez que as palavras que mais se destacaram nestas classes foram controlar/controlo, calmos, descontraído/descontraídos, fechar, muscular, calor e paz, que são estados físicos que a relaxação pode provocar, segundo os entrevistados, nos indivíduos com dificuldade intelectual e desenvolvimental.

As classes 3, 5 e 6 dizem respeito à dimensão psicológica.

Neste caso as palavras que mais se destacaram após a análise destas mesmas classes são: nervoso/nervosos, tranquilo/tranquilos, calma/calmo, complementa/complementam, concentrar/concentrada/concentração, descontraí e dificuldade/dificuldades. Estas classes foram designadas com esse tema uma vez que ambas se referem maioritariamente a estados psicológicos que a relaxação, segundo os entrevistados, pode provocar na população a quem o método foi aplicado.

Por fim a classe 4, resultado da sessão, destacou como principais conceitos as palavras complicado, confiança e sessão/sessões. Neste caso diz respeito à opinião dos entrevistados relativamente à evolução do bem-estar e das atitudes com utentes ao longo das sessões. Inicialmente, segundo os entrevistados, podia ser complicado para os

utentes irem para as sessões devido à falta de confiança para com a terapeuta, coisa que foi evoluindo de maneira positiva ao longo do tempo.

A apresentação das classes permite, assim, perceber que surgem 3 temas.

O primeiro tema surge da classe 1 com a classe 2 que se refere à “dimensão física”, ou seja, aos aspetos físicos mais relevantes ou que mais se evidenciam após a relaxação nos utentes, de acordo com a opinião dos entrevistados. O segundo tema, que inclui as classes 3, 5 e 6, “dimensão psicológica”, é semelhante ao primeiro tem com a diferença que se refere aos aspetos mais psicológicos e não físicos que evidenciam após a relaxação nos utentes. Por fim, o tema três, que inclui apenas a classe 4, “resultado da sessão” refere-se basicamente à opinião dos entrevistados relativamente à evolução da postura e como os utentes se foram manifestando após as sessões.

Na Tabela seguinte apresentamos os conceitos mais significativos nos quatros temas.

Tabela 18. Temas com palavras específicas mais significativas

Influência da Relaxação na dificuldade intelectual e desenvolvimental

Tema 1		Tema 2		Tema 3	
“Dimensão Física”		“Dimensão Psicológica”		“Resultado da Sessão”	
Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ^2
Calmos	43	Nervoso/Nervosos	64	Complicado	53
Controlar/Controlo	13	Tranquilo/Tranquilos	16	Confiança	26
Descontraído/descontraídos	30	Calma/Calmo	13	Sessão/Sessões	34
Fechar	21	Complementa/Complementam	43		
Muscular	21	Efeito	26		
Calor	36	Sentido	43		
Paz	6	Concentração/Concentrado /	15		

		Concentrar			
		Descontraí	23		
		Dificuldade/Dificuldades	23		

No tema 1 (classe 1 e 2), refere-se à opinião dos entrevistados sobre os aspetos físicos mais visíveis que podem ocorrer ou que ocorrem nas pessoas que estão a ser submetidas à relaxação progressiva de Jacobson. Segundo os mesmos, a relaxação permite que os indivíduos que estão a participar nas sessões fiquem mais calmos, mais descontraídos, mesmo durante a relaxação. Que se consigam controlar melhor alguns deles até referiram uma sensação de paz, que quando pensam em relaxação pensam em paz.

O tema 2 (classe 3, 5 e 6), dimensão psicológica, são as opiniões das pessoas que foram entrevistadas sobre quais os efeitos psicológicos mais evidentes após a sessão de relaxamento na população em causa. De acordo com os entrevistados, quando os utentes se sentem mais nervosos, este tipo de relaxação permite que eles fiquem mais tranquilos, mais descontraídos. Referiram também que a relaxação os ajuda em termos de melhorar a concentração, permite que eles tenham períodos de atenção mais longos nem que seja apenas nas horas seguintes à sessão.

Segundo Payne (2003), as definições da relaxação progressiva incluem aspetos físicos e psicológicos. Relativamente aos aspetos físicos estes referem-se aos alongamentos das fibras e alívio da tensão muscular, em oposição à tensão que acompanha a sua contração. Relativamente à vertente psicológica, segundo o mesmo autor, esta inclui as sensações agradáveis e a ausência de pensamentos perturbadores ou que possam causar stress. Desta forma, o termo “relaxado” é usado para referir o relaxamento muscular e pensamentos tranquilos.

A técnica de relaxação permite a integração das diferentes dimensões da pessoa (somática, emocional e psicológica) promovendo assim uma melhoria no estado de vigília permitindo que o sono fosse mais descansado. É notório também um aumento da autoconfiança que se manifesta na diminuição da ansiedade e de angústia. Relativamente ao lado mais mental, verifica-se que esta técnica favorece uma melhoria intelectual, desenvolve a memória e a concentração, e promove uma forma de pensamento positivo (Bjorn, 2009).

Alguns estudos experimentais confirmaram que o relaxamento tem um efeito pronunciado em várias situações. Allen (1981) concluiu que, após 10 semanas de treino de relaxamento, os participantes do seu estudo apresentaram uma redução significativa na reatividade psicológica quando sujeitos a ruídos stressantes prolongados. Goleman e Schwartz (1976) demonstraram que as pessoas que se submeteram um treino de meditação se recuperaram mais rapidamente após terem visto um filme stressante do que as pessoas que não se submeteram a tal treino. English e Baker (1983) demonstraram que o treino de relaxamento auxilia na pressão arterial ao permitir que esta volte ao normal mais rapidamente após momentos de stress (Lipp, 2013).

O relaxamento produz mudanças não só a níveis físicos, mas também mentais, tais como a sensação de calma, em estar mais controlado e também na auto eficiência (Lipp, 2013).

E por último o tema 3 (classe 4), resultado da sessão, que são também opiniões sobre os entrevistados relativamente à forma como os indivíduos portadores de deficiência se foram ambientando às sessões, uma vez que no início podia ser complicado para eles estarem durante algum tempo deitados e de olhos fechados com uma pessoa que mal conheciam, mas que com o passar do tempo foram ganhando confiança.

Para se trabalhar com este tipo de população é muito importante criar-se uma relação de empatia e de confiança com os indivíduos. Em casos de aplicação de uma técnica de relaxação ainda mais, uma vez que os indivíduos nesses casos, têm de se sentir totalmente à vontade e descontraídos para se entregarem àquele momento e poderem aproveitá-lo da melhor maneira, e caso se sintam desconfortáveis e inseguros o mais provável é que não consigam relaxar totalmente, não aproveitando assim aquele momento. Por esse motivo é que é importante que se crie logo desde início uma boa relação entre terapeuta/utente, uma relação sobretudo de empatia e de confiança, para que os mesmos possam ir totalmente seguros e descontraídos para as sessões para que as mesmas possam evoluir e surtir efeitos positivos nos indivíduos.

Resumindo, os resultados apreendidos a partir das entrevistas realizadas apontam para a elevada importância que a relaxação tem na vida de pessoas com dificuldade intelectual e desenvolvimental.

Segundo os entrevistados estas sessões deviam continuar e ter uma carga semanal maior do que a que tiverem até aqui, pois de acordo com a maioria, a relaxação

surte efeito em alguns aspetos, mas não a longo prazo, notando-se mais esses efeitos nas primeiras horas após a relaxação.

De acordo com os resultados das entrevistas, a técnica de relaxação surtiu efeitos tanto na vertente física como psicológica, nomeadamente efeitos de calma, de descontração muscular, de concentração, de tranquilidade e confiança.

Também referiram que no início devia ser complicado mantê-los na sessão de relaxamento, devido à falta de confiança que poderiam com a terapeuta, o que também foi um aspeto que foi evoluindo de forma positiva que se concluiu através das entrevistas. Uma vez que, segundo alguns entrevistados, para eles continuarem a ir às sessões de livre e espontânea vontade e de conseguirem lá ficar deitados com os olhos fechados, era sinal de que já se sentiam confiantes e confortáveis para o fazer, o que poderia ser complicado de atingir.

Em suma, o processo de relaxamento contribui para que o indivíduo corrija o que está errado nas suas relações, tanto consigo mesmo (com o seu corpo) e com as suas próprias emoções, como com as outras pessoas. É uma oportunidade de reorganizar e reintegrar o que é percebido como desestruturado (Penna, 1989).

Através desta prática, aprendemos a conhecer o nosso corpo, ouvimo-nos e refletimos com calma. Além do bem-estar físico que estas técnicas proporcionam no imediato, os benefícios psicológicos e emocionais são ainda maiores e duram com o passar do tempo se a prática for realizada com regularidade. Praticar o relaxamento, diminui os níveis de stress, de ansiedade e de sensação de cansaço. Permite uma clareza mental, um equilíbrio emocional, bom humor e aumento da autoestima. O indivíduo torna-se mais atento, aumenta a sua capacidade de intuição e de decisão e percebe melhor aquilo que o rodeia. No geral, a prática regular de técnicas de relaxamento tem como grande benefício um aumento da qualidade de vida.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E EXTENSÃO DO ESTUDO

1. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar a influência de um programa de relaxação terapêutica num grupo de indivíduos com dificuldade intelectual e

desenvolvimental na visão dos cuidadores. De forma a responder a esta questão, aplicaram-se questionários e entrevistas aos cuidadores/tutores dos indivíduos com DID que se submeteram a sessões de relaxamento, a fim de verificar os seus efeitos.

Relativamente à intervenção aplicada, importa referir que a relação de confiança foi crescendo no decorrer das sessões, observando-se uma ligação positiva entre os resultados obtidos nas sessões de relaxamento e o nível de empatia criado entre a terapeuta e os indivíduos pertencentes à amostra. Este ambiente facilitou o cumprimento dos objetivos criados para cada sessão, podendo-se constatar que, com o passar do tempo, os utentes foram adquirindo mais motivação para realizar as atividades propostas.

Através da intervenção de relaxamento, com foco na área da psicomotricidade, e da análise realizada à perceção dos cuidadores sobre a implicação da terapia no bem-estar dos utentes, foi possível constatar que a implementação de um programa de relaxação terapêutica de 9 meses traz benefícios que se dividem em diferentes eixos e dimensões.

Ao nível físico o relaxamento permite o diminuir o impacto físico do stress, promovendo um alívio das tensões e dores musculares, alcançando assim um estado de calma.

A nível psicológico, as sessões da terapia de relaxamento minimizam os estados de stress e de angústia, reforçando a tranquilidade, o equilíbrio emocional e os níveis de concentração, elementos que facilitam o aparecimento de pensamentos positivos e, conseqüentemente, o afastamento de ideias negativas, as quais causam instabilidade emocional. Portanto, a terapia aplicada revela-se ao nível dos comportamentos dos indivíduos, sendo um fator determinante para amenizar reações agressivas e/ou de falta de confiança, e desta forma, proporcionar-lhes sensações de calma e de paz, permitindo ter uma melhor qualidade de vida.

Ao realizar a análise aos termos utilizados pelos cuidadores aquando das entrevistas, podemos constatar a existência de uma diversidade de expressões que descrevem o impacto das sessões nos seus familiares, nomeadamente, os cuidadores notavam uma menor irritação, um maior ânimo, um aumento da autoconfiança, uma maior descontração que lhes permitia controlar mais os seus impulsos, e aumento das sensações de calma e tranquilidade.

Assim, pode concluir-se que a técnica de relaxamento muscular progressivo, praticada com regularidade, tendo como análise a percepção dos cuidadores, produz efeitos positivos no bem-estar dos utentes com DID e, conseqüentemente, nas suas famílias.

Por outro lado, observa-se uma relação positiva entre a intervenção psicomotora e os efeitos gerados através da relaxação, uma vez que, é possível obter-se uma maior consciencialização corporal, melhoria de autoestima, da relação com os outros e com os objetos, um desenvolvimento do autoconhecimento corporal, e também desenvolver diferentes ritmos corporais.

2. LIMITAÇÕES

Dentro das limitações encontradas no presente estudo, destaca-se o número reduzido de indivíduos com DID disponíveis para as sessões de relaxamento, uma vez que a instituição onde os mesmos se encontram, apresenta várias atividades e com horários já definidos para as mesmas, onde a maioria dos seus utentes participam, sendo poucos os que tinham disponibilidade para frequentar as sessões.

Outra limitação, foi ao nível da pesquisa bibliográfica, devido à dificuldade de encontrar estudos recentes, não existindo assim muitas evidências para sustentar a justificação de alguns resultados. Da mesma maneira, o facto de estarmos perante um estudo de caso e a análise particular de uma IPSS do concelho de Évora, não nos permite generalizar os resultados obtidos a utentes de outros concelhos e/ou regiões do território português.

3. EXTENSÃO DO ESTUDO

Sugere-se que para futuras investigações se realizem mais estudos sobre a mesma temática, todavia, considerando um maior número de participantes e abrangendo mais de que uma instituição e um concelho do território português. É também importante que sejam aplicados instrumentos de avaliação, que possibilitem verificar se os indivíduos que estão a ser submetidos à técnica de relaxação têm capacidade para responder ao mesmo, e que se avalie o estado de tensão de cada um antes e após a sessão.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. 5ª ed. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Almeida, M. A. (2004). Apresentação e análise das definições de deficiência mental propostas pela AAMR – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. *Revista de Educação PUC-Campinas*, (16), 33-48.
- Alves, A. A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington: AAIDD.
- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington: AAMR.
- Ampudia, R. (2011). *O que é deficiência intelectual?* [online]. Consultado a 24 de Agosto 2017, recuperado de <https://novaescola.org.br/conteudo/271/o-que-e-deficiencia-intelectual>.
- Angelotti, G. (2003). *A técnica do relaxamento no controle do estresse*. In M. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicológicos do estresse: Teoria e aplicações clínicas* (pp. 223-227). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Apóstolo, L. J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Coimbra, Portugal: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM). (2017). *Regulamento Interno de Funcionamento: Lar Residencial “Casas De Alapraia”*. Lisboa, Portugal: APPACDM.
- Baptista, M. R., & Dantas, E. M. (2002). Yoga no controle de stress. *Fitness & Performance Journal*, 1(11), 12–20. <https://doi.org/10.3900/fpj.1.1.12.p>

- Beck, G., Derrey, S., Gayral, N., Guillemin, C., Labarrere, I., Lecoeur-Pichot, C. & Rodrigues, P. (2004). La psychomotricité. *Le Journal de l'Etablissement Public de Sante Charcot Plaisir*, (18), 2-8.
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008). Deficiência Intelectual: Terminologia e conceptualização. *Revista Diversidades*. 6(22), 4-8.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (2000). *The Relaxation Response*. New York: William Morrow Paperbacks.
- Bjorn, M. B. N. (2009). *Estratégias de Relaxamento e Seus Benefícios: Uma investigação durante o período de gravidez* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, Departamento de Psicologia e Sociologia, Faro, Portugal.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10(10), 37–42. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>
- Bottos, S. & Chambers C. T. (2006) *The epidemiology of pain in developmental disabilities*. In T. F. Oberlander & F. J. Symons (Eds.), *Pain in Children and Adults with Developmental Disabilities* (5th ed., pp. 67-88). Baltimore: Paul Brookes Publishing.
- Bouvet, C., & Coulet, A. (2016). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(3), 228–240. <https://doi.org/10.1177/1744629515605942>
- Braccialli, L.M.P., Sankako, A. N., Bagagi, P.S., & Araújo, R. C. T. (2012). Qualidade de Vida de Cuidadores de Pessoas com Necessidades Especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(1) edição especial.
- Caldeira, P. (2016). Empatia no processo de relação terapêutica [Blog do grupo de pesquisa em TEPT do Instituto de Psiquiatria da UFRJ]. Trauma E Estresse.

Retirado de <https://traumaeestresse.wordpress.com/2016/04/27/empatia-no-processo-de-relacao-terapeutica/>

Camargo, B. V. (2005). *Alceste: Um Programa Informático de Análise Quantitativa de Dados Textuais*. In B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, A. S. P. Moreira & S. M. Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa, Brasil: UFPB Editora Universitária.

Carvalho, E., & Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: Sistema 2002. *Temas Em Psicologia*, 11(2), 147–156. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2003000200008

Caton, S., Chadwick, D., Chapman, M., Turnbull, S., Mitchell, D., & Stansfield, J. (2012). Healthy lifestyles for adults with intellectual disability: Knowledge, barriers, and facilitators. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(3), 248–259. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.703645>

Centro de Educação para o Cidadão com Deficiência (2018). Consultado a 13 de janeiro 2018. <http://www.cecdmirasintra.org/index.php/artigos/86-a-psicomotricidade-e-a-relaxacao-terapeutica>

Cooray, Q. E., & Bakala, A. (2005). Anxiety disorders in people with learning disabilities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 355–361. <https://doi.org/10.1192/apt.11.5.355>

Corey, G. F. (1983). *Técnicas de Aconselhamento e Psicoterapia*. Rio de Janeiro, Brasil: Campus.

Dias, I. M. (2007). *O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.

Ditchman, N., Werner, S., Kosyluk, K., Jones, N., Elg, B., & Corrigan, P. W. (2013). Stigma and intellectual disability: Potential application of mental illness

research. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 206–216.
<https://doi.org/10.1037/a0032466>

- Duarte, S. I. F. (2015). *Terapia Psicomotora no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.
- Elias, M. (2014). *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Esch, T., & Stefano, G. B. (2010). *The neurobiology of stress management*. *Neuro Endocrinology Letters*, 31(1), 19-39.
- Evertson, C. & Green, J. L. (1986). “*Observation as inquiry and method*”, in M. C. Wittrock (Org.), *Handbook of research on teaching* (pp. 163-213). Nova Iorque: Macmillan.
- Faria, E. (2017). *Relaxamento e Meditação: os benefícios para o cérebro de quem pratica*. Consultado a 12 de janeiro 2018.
<http://www.estudiodamente.com.br/2017/01/21/relaxamento-e-meditacao-os-beneficios-para-o-cerebro-de-quem-pratica/>
- Fonseca, V. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa, Portugal: Âncora Editora.
- Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação* (2.^a ed). Loures, Portugal: Lusociência.
- França, A., Nunes, C., Maia, D., & Alves, F. (2008). *Perspetivas Evolutivas do Conceito de Deficiência Mental*. *Revista Diversidades*, 6(22), 4-9.
- Freitas, G. R. (2015). *Estresse, Ansiedade e Qualidade de Vida em Professores: Efeitos do Relaxamento Progressivo* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual

Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências - Câmpus de Bauru.
São Paulo, Brasil.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: teoria e prática* (4.^a ed.). Oeiras, Portugal: Celta editora.

Gorely, T., Jobling, A., Lewis, K., & Bruce, D. (2002). An evaluative case study of a psychological skills training program for athletes with intellectual disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(3), 350–363.
<https://doi.org/10.1123/apaq.19.3.350>

Hofmann, E. (2012). *Progressive Muskelentspannung: Ein Trainingsprogramm* (3.^aed.). Göttingen: Hogrefe.

Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation-A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice. *Jama Network*, 111(12), 493.
<https://doi.org/10.1001/jama.1938.02790380071032>

Jacobson, E. (1967) *Biology of Emotions*. Springfield: Charles C Thomas Pub.

Jacobson, E. (1976). *You must relax* (5.^a ed.). Nova York: McGraw-Hill

Jacobson, E. (1998). *Relax: como vencer as tensões*. São Paulo, Brasil: Cultrix

Jacquet, C. (2007). Mon corps?... un nouveau monde! *VST - Vie Sociale et Traitements*, 96(4), 35–44. <https://doi.org/10.3917/vst.096.0035>

Jahoda, A., Wilson, A., Stalker, K., & Cairney, A. (2010). Living with Stigma and the Self-Perceptions of People with Mild Intellectual Disabilities. *Journal of Social Issues*, 66(3), 521–534. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01660.x>

Kalampalikis, N. (2003). *Lapport de la méthode Alceste dans lanalyse dès représentations sociales*. In Abric, J. C. Méthodes détude des representations sociales. Ramonville, Saint-Agne: Érès.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861–866. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>

- Katz, G. & Lazcano-Ponce, E. (2008). *Discapacidad intelectual: definición, factores etiológicos, clasificación, diagnóstico, tratamiento y prognosis*. *Salud Publica*, 50(2), 132-141.
- Kersh, J. (2011). Attitudes about People with Intellectual Disabilities: Current Status and New Directions (pp. 199–231). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386495-6.00006-0>
- Krahn, G. L., & Fox, M. H. (2014). Health disparities of adults with intellectual disabilities: What do we know? What do we do? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(5), 431–446. <https://doi.org/10.1111/jar.12067>
- Kronberger N., & Wagner, W. (2003). Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático* (pp. 416-441). Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2007). *Técnicas de pesquisa* (6ª ed). São Paulo, Brasil: Editora Atlas.
- Lemaire, J. G. (1991). *La Relaxation*. Paris: Payot.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2013). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas* (5.ª ed.). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Lindsay, W. R., & Morrison, F. M. (1996). The effects of behavioural relaxation on cognitive performance in adults with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(4), 285–290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1996.tb00632.x>
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., Baty, F. J., & McKenzie, K. (1988). Dog phobia in people with mental handicaps: anxiety management training and exposure treatments. *Mental Handicap Research*, 1(1), 39–48. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1988.tb00004.x>

- Lipp, M. E. N. (2013). *O uso do relaxamento na terapêutica do stress*. Instituto de Psicologia e Controlo de Stress. Brasil.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: definition, classification and systems of supports* (10.^a ed.). Washington: American Association on Mental Retardation.
- Maia, L. (2002). *Estudo dos níveis de aptidão física em indivíduos deficientes mentais com e sem síndrome Down* (Dissertação de mestrado), Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do desporto e de Educação física, Porto, Portugal.
- Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais, (2014) – DSM-5 (5^o. ed.).
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), 41.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
- Marques, M. C. M. P. (2012). *Representações Sociais de Enfarte Agudo do Miocárdio, construídas por doentes, família e profissionais de saúde* (Tese de doutoramento). Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Martins, B. S., Fontes, F., Hespanha, P., & Berg, A. (2012). A emancipação dos estudos da deficiência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (98), 45–64.
<https://doi.org/10.4000/rccs.5014>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85- 95.
- Menezes, C. B., & Dell’Aglío, D. D. (2009). Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. *Psicologia Em Estudo*, 14(3), 565–573.

- Mercer, J. (1970). Sociological perspectives on mild mental retardation. In H. C. Haywood (Ed.), *Sociocultural aspects of mental retardation* (pp. 244-246). New Jersey: Prentice-Hall.
- Mercer, J. (1973). *Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspective on mental retardation*. California: University of California Press.
- Miller, M. L. (2008). *Teaching Relaxation Skills to Adults with Intellectual Disability and Generalized Anxiety Disorder*. Ann Arbor: ProQuest.
- Morais, A., Novais, R., & Mateus, S. (2005). Psicometricidade em Portugal. A *Psicometricidade* (5º. ed.) (pp. 41-49).
- Morin, D., & Tassé, M. (2004). *La Déficience Intellectuelle*. Boucherville, Français: Gaetan Morin.
- Muñoz, A. M. (2007). *Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual*. Consultado a 8 de outubro 2017. <http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm26.pdf>
- Neborsky, R. J., & Lewis, S. (2011). Understanding and Effectively Treating Anxiety Symptoms With Psychotherapy. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, 11(1), 48.
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: a systematic literature review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(2), 59-85. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.2.59>
- Oliveira, D. C., & Campos, P. H. F. (Orgs). (2005). *Representações Sociais, uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro, Brasil: Museu da República.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). *Reabilitação Baseada na Comunidade Diretrizes RBC [Community Based Rehabilitation: CBR Guidelines]*. São Paulo, Brasil: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

- Palhinha, S. (2009). A Importância da Relação Terapêutica. Espaço Positivo: psicoterapia e aconselhamento psicológico. Consultado a 17 de dezembro 2017. <http://espaco-positivo.blogspot.pt/>
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde* (2.^a ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Penna, L. (1989). *O corpo sofrido e mal-amado* (3.^aed.). São Paulo, Brasil: Summus.
- Pereira de Sá, C. (2003). A estrutura das representações sociais e a memória colectiva. In M.P. L, Coutinho; *Representações sociais: abordagem interdisciplinar* (pp. 32-49) João Pessoa, Brasil: UFPB.
- Pourtois, J., & Desmet, H. (2007). *Épistemologie et instrumentation en science humains* (3.^a ed.). Bruxelas, Bélgica: Mardaga.
- Quivy, Raymond., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5^a ed.). Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Rogers, C. (2009). *Torna-se pessoa*. Lisboa, Portugal: Padrões culturais.
- Rogers, C. R. (1987). A essência da psicoterapia: momentos de movimento. In A. M. Santos & M. C. Bowen *Quando fala o coração: a essência da psicoterapia* (pp. 13-19). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Rogers, C. R. (1995). Seis Artigos Seminais de Carl Ranson Rogers. In J. K. Wood (Org.) *Abordagem Centrada na Pessoa* (pp.17-179). Vitória, Brasil: Fundação Ceciliano Abel.
- Rudio, V. F. (1999). *Orientação não diretiva: na educação, no aconselhamento e na psicoterapia*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Salvador, M., Rodrigues, C., & Carvalho, E. (2008). Emprego do Relaxamento para Alívio da Dor em Oncologia. *Revista. Rene Fortaleza*, 9(1), 120–128. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5012>

- Santos, M., & Pereira-Martins, M. (2016). *Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3233–3244. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.14462016>
- Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade intelectual e desenvolvimental) na atualidade. *Educação Inclusiva*, 1(2).
- Serra, S. (2014). *Intervenções de Enfermagem na Pessoa com sintomatologia depressiva: o uso do relaxamento* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.
- Silva, A. S., & Pinto, J. M. (2001). *Metodologia das ciências sociais* (11.ªed.). Porto, Portugal: Afrontamento.
- Silva, D. R., & Spielberger, C. D. (2007). *Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*. Consulting Psychologists Press.
- Silva, M. O. E. & Coelho, F. (2014). Da deficiência mental à dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista Lusófona da Educação*, 28(28); 163-180.
- Sousa Filho, P. G. (2009). Introdução aos métodos de relaxamento [online]. Encontro Paranense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, 0(41), 3263–4895. Consultado a 24 de Agosto 2017. www.centroreichiano.com.br/artigos.
- Sultanoff, B. & Zalaquett, C., (2000). Relaxation therapies. In: Novey, D. (ed), *Clinician's Complete Reference to Complementary/Alternative Medicine* (pp. 114–129). New York: Mosby.
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R., Hastings, R. P., & Hatton, C. (eds.) (2013). *Psychological Therapies for Adults with Intellectual Disabilities*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Tuckman, B. (2000) *Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian

- Vaitl, D. (1982). Entspannungsverfahren. In: R, Bastine et al. *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie.
- Valente, P., Santos, S., & Morato, P. (s/d). *A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais*. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa, Portugal.
- Velasco, S. M., & Cirino, S. D. (2002). A relação terapêutica como foco da análise na prática clínica comportamental. In A. M. S. Teixeira., M. R. B. Assunção & R. R. Starling (orgs). *Ciência do comportamento: conhecer e avançar* (pp.31-38). Santo André, Brasil: ESETec Editores Associados.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. In V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 147-165). São Paulo, Brasil: Santos Livraria.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*. 45 (405), 203-209.
- Werner, S., & Roth, D. (2014). Stigma toward people with intellectual disability. In: P, Corrigan (ed.). *Stigma of Disease and Disability* (pp. 73–91). Washington: American Psychological Association.
- WHO (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Geneva, World Health Organization. Obtido a 3 outubro 2017, em http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html
- Wright, P. K. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety in a man with Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability, and social phobia. In *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(5), 284–292. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2013-0040>
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4.^a ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

ANEXOS

Anexo I. Aprovação do estudo pela direção da instituição onde foi realizado o mesmo.

Presidente da Direção da _____,
Dr. Silvino Costa

Assunto: Pedido de autorização

Marta dos Reis Almeida Mósca, estudante de mestrado em Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora, com o número de aluna 34519, vem por este meio solicitar autorização de V. Ex.ª para realizar recolha de dados e intervenção com os utentes dessa Instituição, para elaboração da Tese de Mestrado, a decorrer na Universidade de Évora. Este estudo, tem como objetivo identificar a influência do programa de relaxação aplicado aos utentes da na visão dos cuidadores da instituição e da família. Pretende-se ainda que através da conceção e implementação destas técnicas, sejam desenvolvidas e atingidas as competências de Mestre em Psicomotricidade e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a população dessa Instituição e também para a comunidade científica.

No âmbito do objetivo supracitado, estão previstas as seguintes atividades:

- Definir o grupo de utentes a quem aplicar nas sessões de psicomotricidade um programa de relaxação.
- Definir o programa de relaxação.
- Realizar sessões de psicomotricidade durante as quais irá haver um programa de relaxação.
- Aplicar um questionário aos cuidadores e famílias, com o objetivo de fazer a caracterização sócio-biográfica e avaliar o grau de satisfação dos cuidadores e famílias, relativamente ao programa de relaxação aplicado.

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os utentes envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivo da tese, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsinquia.

Atenciosamente

Évora, 1 de Novembro de 2016


Marta dos Reis Almeida Mosca


Autorizado
Silvino Costa
7-11-2016

Anexo II. Consentimento Informado



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Consentimento Informado

Marta dos Reis Almeida Mósca, estudante de mestrado em Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora, com o número de aluna 34519, vem por este meio solicitar a sua colaboração no estudo que se irá desenvolver para a elaboração da Tese de Mestrado, a decorrer na Universidade de Évora. A sua participação no estudo permite ajudar a identificar a influência do programa de relaxação aplicado aos utentes portadores de deficiência intelectual sob a visão dos cuidadores da instituição e da família, sendo certo de que os dados colhidos são anónimos e confidenciais.

Pretende-se ainda que através da conceção deste estudo, sejam desenvolvidas e atingidas as competências de Mestre em Psicomotricidade e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No âmbito do objetivo supracitado, ser-lhe-á aplicado um questionário, composto por variáveis sociodemográficas, uma questão que recorre à técnica de associação livre de palavras e questões de perceção sobre os efeitos da relaxação. Possivelmente ser-lhe-á também realizada uma entrevista semi-estruturada.

O objetivo principal é: 1) Identificar a influência do programa de relaxação aplicado aos utentes da _____ na visão dos cuidadores da instituição e da família.

Estou certa que a sua colaboração será um considerável contributo para a realização deste estudo.

Eu, _____, portador do BI nº/ C.C nº _____, declaro que li, compreendi e aceito as características do estudo exposto, podendo esclarecer todas as dúvidas existentes.

Assinatura do participante:

A aluna:

Évora, Fevereiro de 2017

Anexo III. Questionário Aplicado aos Cuidadores



Departamento de Desporto e Saúde

Influência da Relaxação em Utentes com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Visão dos Cuidadores

Este questionário é anónimo e confidencial. Os dados recolhidos serão utilizados num estudo que está a decorrer no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade Relacional. Apenas a investigadora deste estudo terá acesso aos registos, sendo que esta compromete-se ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia. Pedimos-lhe que se concentre nas respostas e responda de forma sincera.

Parte 1 – Caracterização Sociodemográfica

- 1- **Sexo:** __ M __ F
- 2- **Idade:** ____ anos
- 3- **Parentesco:** _____
- 4- **Escolaridade:** _____
- 5- **Profissão:** _____

Parte 2

Quando penso em **relaxação** o que me vem de imediato ao pensamento.

(Enuncie por ordem decrescente de importância 5 palavras ou pequenas expressões)

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

Parte 3

Relativamente à influência da relaxação, indique quais as expressões mais relevantes (no máximo até 5 expressões) que mais traduzam a situação.

___ Stresse

___ Calma

___ Ansiedade

___ Rigidez muscular

___ Descontração muscular

___ Mais autocontrolo

___ Baixa concentração

___ Melhoria da concentração

- ___ Redução da dor
- ___ Aumento da dor
- ___ Menor irritabilidade
- ___ Maior irritabilidade
- ___ Aumento da confiança
- ___ Diminuição da confiança

Anexo IV. Guião da Entrevista Aplicada aos Cuidadores.



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Guião de Entrevista

- 1- Quando pensa em relaxação, o que lhe vem de imediato ao pensamento?
- 2- Qual o efeito da relaxação no seu familiar/tutorando?
- 3- Considera que o efeito da relaxação tem um efeito mais psicológico, físico ou comportamental?
- 4- Considera que a relaxação provoca calma no seu familiar/tutorando?
- 5- Considera que a relaxação transmite ao seu familiar/tutorando confiança?
- 6- Considera que a relaxação ajuda o seu familiar/tutorando na concentração?
- 7- Considera que a relaxação ajuda o seu familiar/tutorando a controlar situações de stresse?
- 8- Considera que a relaxação ajuda o seu familiar/tutorando a obter uma descontração muscular ou acha que lhe provoca mais efeitos a nível de uma rigidez muscular?
- 9- Considera que a relaxação ajuda o seu familiar/tutorando a controlar a irritabilidade?
- 10- Considera que a relaxação ajuda o seu familiar/tutorando a ter mais autocontrolo?

Anexo V. Planeamento de Sessão



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Planeamento da Sessão

Duração total prevista: 45 minutos

Atividade	Descrição	Objetivos Operacionais	Materiais	Duração (minutos)
Diálogo Inicial	<p>Saudação a todos os elementos do grupo.</p> <p>Os participantes vão buscar material e à uma pequena conversa sobre a semana de cada um dos utentes.</p> <p>Após este pequeno diálogo, os participantes deitam-se em decúbito dorsal com os braços ao longo do corpo, as mãos semiabertas e as pernas ligeiramente afastadas, de forma a sentirem-se confortáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Focalizar a atenção do discurso;- Permitir que se sintam à vontade para começar a sessão.	Colchão	10
Momento da aplicação da técnica	<p>Após estarem nas devidas posições, a terapeuta dá indicações para que fechem os olhos e se concentrem na sua respiração.</p> <p>Quando a terapeuta sente que os participantes já estão relaxados</p>	<ul style="list-style-type: none">- Focar a atenção na própria respiração;- Tomar consciência das diferentes partes do corpo;- Tomar consciência das partes do corpo	Colchão	25

	<p>o suficiente, começa então por dar indicações para que se concentrem em determinadas partes do corpo e que as contraíam e seguidamente as descontraíam, para desta forma sentirem um alívio e uma descontração.</p> <p>As partes do corpo que eram enumeradas tinham um seguimento, começando sempre pela parte superior do corpo até à parte inferior do mesmo.</p> <p>Era solicitado pela terapeuta que contraíssem e descontraíssem cada segmento corporal 3x cada um.</p> <p>No final é solicitado que pós se sentirem preparados, abram os olhos e se sentem para dar início à conversa final.</p>	<p>mais contraídas e identificar as mesmas;</p> <p>- Concentrar na contração e descontração das diferentes partes do corpo.</p>		
<p>Diálogo Final</p>	<p>Conversa final onde se pergunta como se sentiram e sentiram algumas dificuldades em realizar o método.</p> <p>Neste momento é pedido que fala cada um individualmente e pela ordem que quiserem.</p>	<p>- Refletir sobre as vivências;</p> <p>- Expor as dificuldades sentidas ao longo de toda a sessão.</p>	<p>Colchão</p>	<p>10</p>