

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - SP

Dulce Regina Barbosa Loureiro Conte

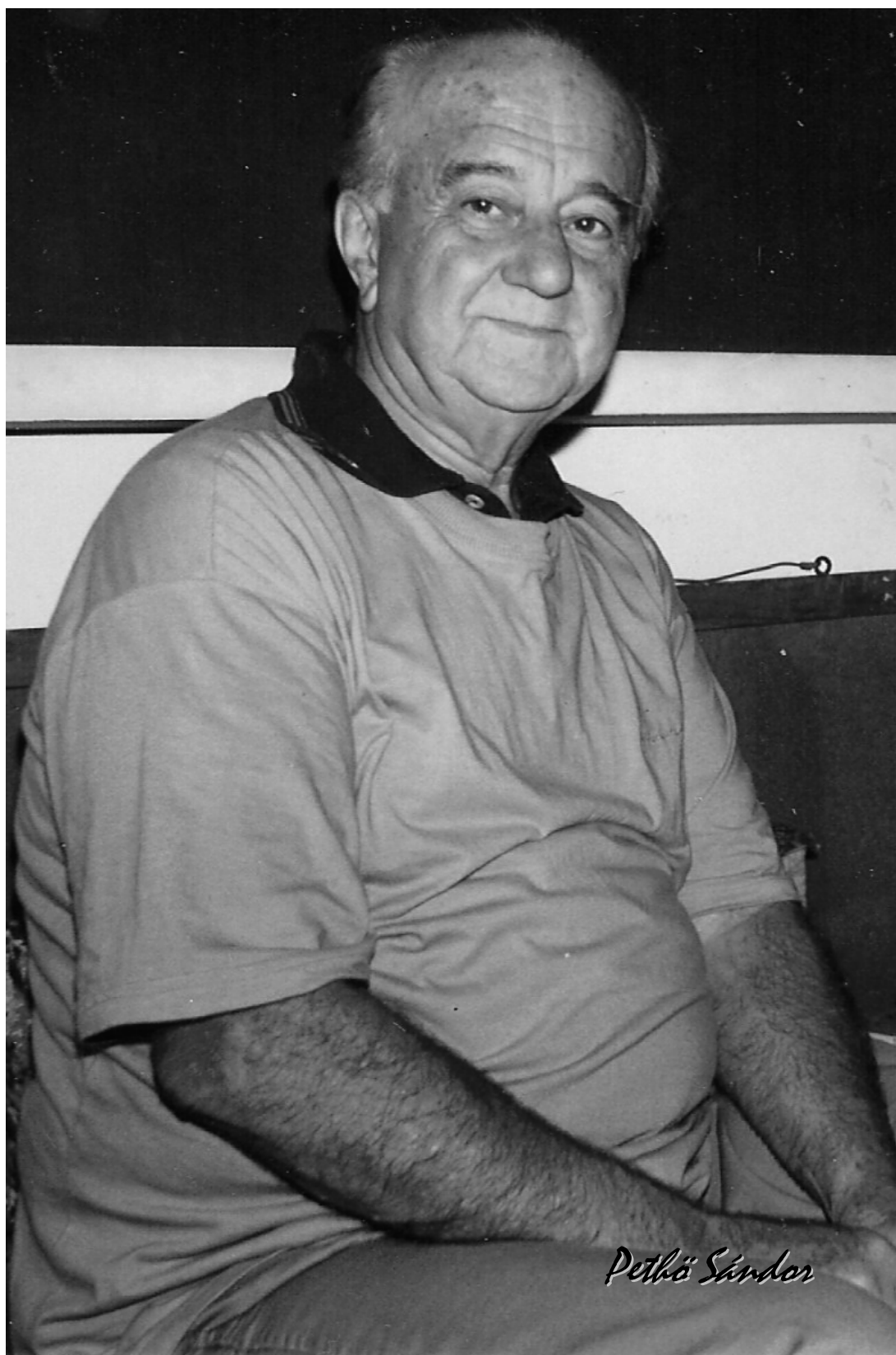
**“ADAPTAÇÃO DO MÉTODO CALATÔNICO DE PETHŐ SÁNDOR
COMO RECURSO PSICOTERÁPICO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE”**

Orientação:

Profª Drª Christina Neder

São Paulo

2005



SUMÁRIO

LISTADE FIGURAS.....	iv
RESUMO.....	v
I – INTRODUÇÃO.....	1
II – OBJETIVOS.....	4
III – REFERÊNCIAS TEÓRICAS	4
3.1 – PSICOLOGIA E SAÚDE: PSICOLOGIA HOSPITALAR	4
3.1.1 – O Surgimento da Psicologia na Área da Saúde.....	4
3.1.2 – Psicologia da Saúde no Brasil e na América Latina.....	5
3.1.3 – Aspectos Teóricos Conceituais e Metodologia da Psicologia da Saúde.....	11
3.2 – O MÉTODO CALATÔNICO DE PETHŐ SÁNDOR.....	15
3.2.1 – Um Pouco da História.....	15
3.2.2 – O Método Calatônico e o Questionário VELA-Comentários.....	18
3.2.3 – O Processo de Transformação Pessoal segundo a Psicologia Analítica.....	28
3.2.4 – Conceitos Teóricos sobre Cinesiologia.....	33
3.2.5 – Descrição das Técnicas do Método Calatônico.....	40
3.3 – PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO DO MÉTODO CALATÔNICO PARA USO EM HOSPITAIS.....	43
IV – MÉTODO.....	47
4.1 – DO LOCAL DO ESTUDO.....	48
4.2 – O SUJEITO.....	48
4.3 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	48
4.4 – PROCEDIMENTOS.....	48
VI – ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO.....	49
VII – RESULTADOS E DISCUSSÃO DO CASO.....	60
VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
IX - BIBLIOGRAFIA.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Posição Anatômica do Corpo.....	75
Figura 2 – Postura Simétrica e Eixos Articulares.....	75
Figura 3 – Os Três Pontos de Apoio nos Pés.....	76
Figura 4 – O Cíngulo do Membro Inferior.....	77
Figura 5 – Os Três Eixos na Posição Anatômica em um Membro Inferior.....	78
Figura 6 – O Cíngulo do Membro Superior.....	79
Figura 7 – A Coluna Cervical.....	80
Figura 8 – Pontos Anatômicos de Apoio do Corpo.....	81
Figura 9 – Localização dos Pontos de Aplicação da Calatonia.....	82
Figura 10 – Toque na Tíbia e Joelho.....	83
Figura 11 – Toque na Cintura Pélvica.....	83
Figura 12 – Toque no Esterno e Diafragma.....	84
Figura 13 – Toque na Região Escapular.....	84

Loureiro, D.C. - “ADAPTAÇÃO DO MÉTODO CALATÔNICO DE PETHÖ SÁNDOR COMO RECURSO PSICOTERÁPICO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE”,

RESUMO

No presente trabalho, um dos principais escopos tratados refere-se a uma proposta de adaptação do Método Calatônico de Pethö Sándor à prática hospitalar. Durante a elaboração desta monografia, procedeu-se a uma revisão bibliográfica extensa sobre o assunto, abordando e analisando, em capítulos específicos, diversos conceitos teóricos relacionados com a Calatonia, Psicologia Analítica e Cinesiologia. A proposta de adaptação do Método Calatônico de Pethö Sándor consistiu da reunião das três modalidades das Técnicas: *Calatonia Básica*, *Descompressão Fracionada* e *Toque de Reajustamento nos Pontos de Apoio do Corpo*, organizadas em **UM ÚNICO TOQUE**, proposta que visa simplificar e facilitar o uso desse recurso psicoterápico dentro do contexto hospitalar, sem perder de vista os mesmos propósitos que o método original preconiza de buscar a integração psicofísica e a reorganização da imagem e do esquema corporal do paciente. Através do estudo de um caso clínico constatou-se que o método calatônico adaptado contribui bastante para a atuação do psicólogo no hospital, proporcionando ganhos para o paciente e para o terapeuta.

I - INTRODUÇÃO

No meu trabalho como terapeuta corporal, tenho utilizado o Método Calatônico de Pethö Sándor (1974) como um recurso psicoterápico. Trata-se de um método do qual não só faço uso dos benefícios do relaxamento que ele proporciona, mas também de um instrumento que tem dado norte à minha atuação como psicoterapeuta, principalmente, quando atendendo pacientes em situações de Crise.

Crise, pela definição de Caplan apud Ferreira-Santos, 1997, significa o estado em que a pessoa é colocada frente a um obstáculo diante do qual os métodos costumeiros para a solução do problema não são suficientes. Durante um período de desorganização, estabelece-se um estado de “transtorno” caracterizado como a própria crise durante a qual os mais diferentes esforços, não raras vezes, mostram-se insatisfatórios para a solução do problema. No ideograma chinês, a palavra Crise é formada pela combinação pictográfica de “perigo” e “oportunidade”. Crises podem produzir uma demanda urgente e necessitam de intervenções rápidas.

A crise da metade da vida, por exemplo, na concepção de Jung, é uma possibilidade de ajustamento psíquico em decorrência do processo de individuação. Para ele, é uma oportunidade para que ocorram significativas transformações da alma humana. Numa crise psicológica, os conteúdos inconscientes são ativados como uma tentativa de compensar a atitude unilateral da consciência. Crise pode, nessa perspectiva, possibilitar a resiliência própria do paciente.

Para tanto, tenho feito uso do Método Calatônico, no trabalho psicoterápico, com pacientes em situações de perdas, não só como um recurso de relaxamento, como já dito, mas com objetivo de proporcionar ao paciente uma oportunidade de re-significação do seu processo. Assim, deve-se entender Crise, no processo de adoecer, como a possibilidade de “ficar em pé” e, ficando em pé, poder continuar a andar com as próprias pernas e “encontrar seus pontos de apoio” e, com isso, adentrar pelos caminhos da individuação. Para Jung, individuação é o processo, mais ou menos consciente do desenvolvimento psíquico natural e dado a cada ser humano com vistas à ampliação da consciência e ao amadurecimento da personalidade. Tal processo pode ser promovido pelo trabalho analítico.

Na crise, o intrapsíquico está bloqueado. Em tais momentos, segundo Jung, está-se diante de um “complexo” que são os agrupamentos de idéias de acento emocional no inconsciente. Quando a doença é geradora da Crise estamos, também, diante da necessidade de cuidados no físeo-psíquico, necessitando o paciente de *“eliminar tensões secundárias e, ao mesmo tempo, reorientar os pontos de apoio deslocados ou bloqueados, com amplas conseqüências já experimentadas por aqueles que aplicam conscienciosa e prudentemente essas técnicas corporais. Tanto o cansaço como a agitação no corpo inteiro, indicam processos inadequados quanto ao emprego ou movimentação dos dinamismos físeo-psíquicos”* (Sándor; VELA – comentários, item 26.13).

Na Psicologia da Saúde, no contexto hospitalar, o psicólogo trabalha com o adoecer/saúde. Sua tarefa é centrada no Encontro. Assim sendo, cabe a ele conhecer o paciente, saber qual é a sua história pessoal, o que tem havido com ele, como ele está psicologicamente e o que ele tem feito. Na Psico-oncologia, dispõe-se de recursos para alívio do estresse e da dor para proporcionar a qualidade de vida ao paciente oncológico, sendo reconhecidas e enumeradas várias técnicas e métodos para o manejo eficiente de situações estressantes.

O tema da presente monografia trata de uma proposta para adaptação do Método Calatônico de Pethö Sándor, o qual reúne um conjunto de técnicas de relaxamento e do estabelecimento de determinadas seqüências para aplicação dessas técnicas as quais, habitualmente, são conhecidas e bastante utilizadas dentro do ambiente extremamente favorável de um consultório. Nesse ambiente, o terapeuta não se depara com os obstáculos e dificuldades próprias do contexto hospitalar, como, por exemplo, a falta de espaço físico para a realização do trabalho corporal.

Então, minha proposta aqui apresentada para uma Adaptação de tal Método visou estabelecer uma seleção organizada das seqüências de técnicas possíveis de serem aplicadas dentro do contexto hospitalar, dadas as dificuldades e restrições de espaço e tempo para aplicação do Método da Calatonia Básica, a fim de cumprir os objetivos que o método preconiza, sempre visando a reorganização psicofísica do paciente hospitalizado. Como disse Sándor, em VELA – comentários, item 26.13: *“É com essa consciência que devem ser aplicadas aquelas seqüências que, em cada caso individual, seriam necessárias”*.

Minha adaptação consistiu da reunião das três modalidades das Técnicas de Sándor – *Calatonia Básica, Descompressão Fracionada e Toque de Reajustamento nos Pontos de Apoio do Corpo*, em **Um Único Toque**, proposta que visa simplificar e facilitar o uso desse recurso psicoterápico, também com o propósito de buscar a reorganização da imagem e do esquema corporal do paciente.

Tenho observado reações favoráveis apresentadas pelos pacientes submetidos à adaptação das referidas técnicas de Sándor. O trabalho também tem motivado que as equipes de enfermagem solicitem, com maior frequência, a minha presença para atender pacientes com dificuldades para dormir, que solicitam o corpo de enfermagem várias vezes, tanto de dia como de noite, que estão com dor, que se recusam a tomar medicamentos da quimioterapia ou, então, para dar suporte àqueles pacientes que estão fora de possibilidade de tratamento. No jargão hospitalar, “o psicólogo é chamado para cuidar do paciente difícil”...

No âmbito hospitalar, sob a coordenação e supervisão da Dra. Christina Neder, foi-me possível desenvolver o presente trabalho de **Adaptação do Método Calatônico**, como mais um recurso psicoterápico em Psicologia da Saúde. Essa possibilidade fez-se pelo campo de atuação da psicologia hospitalar que amplia o atendimento em torno do adoecimento cujo objetivo é a subjetividade com que é confrontado o ser humano quando acontece uma doença. Como está demonstrado na literatura (Simonetti, 2004; Neder, 2003), aspecto psicológico é o nome dado para as manifestações da subjetividade humana diante da doença, tais como os sentimentos, os desejos, as falas, os pensamentos, as fantasias, as lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer.

Finalmente, é dentro desses conceitos teóricos e práticos que venho desenvolvendo meu trabalho em Psicologia e Saúde, tentando documentar aqui, através da presente monografia, que a proposta de **Adaptação do Método Calatônico de Pethö Sándor** pode se constituir de mais um recurso de atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento.

II - OBJETIVOS

A presente monografia tem por objetivos apresentar uma proposta para:

1. adaptação do Método Calatônico de Pethö Sándor à prática hospitalar;
2. levantar os fundamentos do Método Calatônico como recurso para a intervenção psicoterápica em Psicologia da Saúde;
3. descrever as reações psicofísicas apresentadas por uma paciente durante o atendimento psicológico no Hospital, com o uso do Método Calatônico;
4. demonstrar os recursos psicofísicos ao paciente oncológico e à psico-oncologia pelo instrumento psicoterápico do Método Calatônico de Pethö Sándor.

III – REFERÊNCIAS TEÓRICAS

3.1 – PSICOLOGIA E SAÚDE: PSICOLOGIA HOSPITALAR

3.1.1 – O Surgimento da Psicologia na Área da Saúde

Para a maioria dos autores interessados, a origem da Psicologia da Saúde deu-se na década de setenta, nos Estados Unidos. A Universidade de Minnesota, em 1974, propôs um programa em Psicologia com o nome de *Health-Care Psychology*. Na Califórnia, George Stone propôs um novo *curriculum* para Psicologia, nos termos do *Health Psychology* (Stone, 1990).

Foram feitos originados de discussões, desde 1969, na *American Psychological Association (APA)*, quando William Shofield escreveu sobre sua análise do *Psychological Abstracts*, do período 1966-1973, concluindo que os psicólogos americanos não estavam atraídos pelos problemas de saúde e enfermidades em suas pesquisas e atividades. Em agosto de 1975, o grupo de psicólogos interessados em saúde atingia um número de 500. Em 1978, depois de sucessivas reuniões, surgiu a *Divisão 38 (Health Psychology)* da APA, quando Matarazzo foi eleito como primeiro presidente e David Clayman, como secretário. O primeiro livro de *Psicologia da Saúde* foi editado por Cohen e Adler. Em 1982, começa a ser editada a revista periódica *Health Psychology*, tendo Stone como seu primeiro editor. Em 1984, a Psicologia da Saúde desenvolveu-se vertiginosamente (Godoy, 1999; Grau, 1987 a 2001).

O desenvolvimento da Psicologia da Saúde na Europa deu-se mais tarde. Desde o princípio e meados da década de 1980, começaram a ser criadas sessões de Psicologia da Saúde nas sociedades Britânica, Holandesa, Alemã, Austríaca, Escandinava e em outros países. Foi fundada a Sociedade Européia, com congressos ocorrendo a cada dois anos. A *Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicología (EFPPA)* ofereceu, em 1994, definições e documentos pragmáticos sobre Psicologia da Saúde (Godoy, 1999). Em 1989, na Espanha, começou a circular a *Revista de Psicología da Saúde* dirigida por Jesús Rodríguez Marin. O *Colégio Oficial de Psicólogos* da Espanha, em 1996, elaborou um documento intitulado “*O Perfil do Psicólogo Clínico e da Saúde*”, abordando questões de definições e limitações do campo e da formação e credibilidade profissional. A Psicologia da Saúde espanhola tem grande influência na Psicologia da Saúde da América Latina, pelo intercâmbio entre profissionais, mesmo o campo de trabalho apresentando particularidades diferenciadas (Bayés, 1992).

Mas, para ser justo com a história, a Psicologia da Saúde nasceu na América Latina, precisamente em Cuba, nos finais dos anos sessenta, com o desenvolvimento de recursos profissionais para a atenção primária em saúde dos intercâmbios, a direção do Ministério da Saúde Pública que considerou necessário e oportuno criar condições para que a psicologia, como ciência e disciplina independente, construísse seu campo profissional, em esforços conjuntos com uma medicina preventiva.

Os psicólogos foram vinculados em todas as especialidades médicas, não só no campo da psiquiatria, mas também em outros setores do Sistema de Saúde, como o Policlínico. Com novo enfoque preventivo e social, pouco a pouco foram formuladas bases teórico-metodológicas de uma Psicologia da Saúde assentada na prática institucional e no setor saúde.

3.1.2 – A Psicologia da Saúde no Brasil e na América Latina

Em 1954, Mathilde Neder iniciou o seu trabalho psicológico no *Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC-Hospital das Clínicas*, chamado na época de *Clínica Ortopédica e Traumatológica (COT)*. Colaborava com o Dr. Eurico de Toledo Freitas e com a equipe de enfermagem, na *Clínica Cirúrgica de Coluna*, no atendimento preparatório durante o

processamento cirúrgico e na pós-cirurgia que consistia em trabalhar com o paciente e com a família do paciente, tanto no hospital como no domicílio.

Aidyl Macedo de Queiroz, em 1956, trabalhava com crianças da *Clínica de Higiene Mental*, da seção de pediatria, hoje chamado *Instituto da Criança*.

Em 1957, Mathilde Neder é chamada, pelo professor Godoy Moreira, para participar dos trabalhos da Reabilitação junto à Equipe médica da COT. Essa Equipe era muito respeitada pela seriedade, pelo avanço e pela forma de atuar que reconhecia e valorizava a contribuição do trabalho psicológico no Hospital. O trabalho dos psicólogos era feito com cirurgiados. Também colaboravam com a equipe de Paralisia Cerebral, liderada pelo Prof. Enéas de Brasiense Fusco e com grupos de paraplégicos, hemiplégicos e amputados, na mesma COT, paralelamente ao atendimento no *INAR – Instituto Nacional de Reabilitação*, que funcionava na Clínica Ortopédica e Traumatológica.

As psicólogas Mirel Granatowicz, Lúcia Bonilha e Eneiza Rossi colaboravam com Mathilde Neder na Reabilitação. Nesse trabalho, dava-se destaque à abordagem da pessoa como um todo, consideradas as diferenças individuais. No trabalho diário, a preocupação da equipe era “*conhecer melhor para melhor trabalhar*”.

Assim, foi aumentando o número de psicólogos no Hospital – na *Clínica de Higiene Mental*, no Instituto Central, onde em 1963, estava a psicóloga Tereza Stangherlin. Em 1969, a psicóloga Heloisa Romeiro Nasralla atuava na Clínica Otorrinolaringológica, no Setor de Psicopedagogia (Serviço de Foniatria). Por iniciativa dos professores Lamartine J. Paiva e Aroldo Miniti, no início de 1970, na Clínica de Higiene Mental, trabalhou Hilde Becher.

Em 1974, foram criados o *Serviço de Psicologia da Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro*, sob a direção de Mathilde Neder, e o *Serviço de Psicologia do Instituto do Coração*, sob a direção de Bellikiss W. R. Lamosa. No Instituto de Psiquiatria foi criado, além do *Serviço de Psicologia*, sob a direção de Máximo Lamerto Stephano, também o *Setor de Neuropsicologia*, na Divisão de Neurocirurgia Funcional, sob direção de Cândida M.P. Camargo. Posteriormente, foi criado, no Hospital Auxiliar de Suzano, um setor de

Psicologia, a cargo de Carlos José Pinhal. Foram criados, também, no *Instituto de Ortopedia e Traumatologia*, dois setores de psicologia, tendo como responsáveis Amélia Barbosa Correa Auger e Christina Kishida Ono. Essas novas organizações foram regulamentadas pelo Decreto 9.720/77.

Em razão disso, aumentou significativamente o quadro de psicólogos no HC, que contava, até então, com um número reduzido de profissionais dessa área. O Serviço de Recrutamento e Seleção de Pessoal, dirigido por Geraldo R. Rudgeri, já contava com a participação de psicólogo.

Nessa época, Serviços de Psicologia já funcionavam em quase todas as dependências do HC, com exceção do Instituto Central do Hospital Auxiliar do Cotoxó e do Serviço de Assistência Médica ao Servidor.

Em 1983, foram regularizados os estágios, abrindo-se vagas para estagiários voluntários que seriam admitidos por seleção com planejamento de suas atividades, nas Clínicas do ICHC, que dispunham de psicólogos para a necessária supervisão. Os estagiários eram supervisionados pelo psicólogo responsável pelas atividades psicológicas de cada Clínica. Desenvolviavam suas tarefas seguindo um programa de atividades, sob a responsabilidade e supervisão geral de Mathilde Neder.

À Superintendência era necessária tanto à regularização dos estágios como também à regularização e melhoria das atividades dos psicólogos do HC. Assim sendo, em 1985, foi nomeada uma comissão de representantes de diferentes Serviços de Psicologia, sob a presidência de Mathilde Neder, para que apontassem as necessidades e propusessem soluções. Essa Superintendência deu todo o apoio ao trabalho dos psicólogos nessa jornada no ICHC. Facilitou a articulação com as diferentes Clínicas Médicas e com os professores diretores por elas responsáveis.

Não havia, então, hierarquia entre os psicólogos existentes, cada um trabalhava isoladamente em suas clínicas, sem a devida articulação entre si. Na Otorrinolaringologia atuava Heloisa Romeiro, como também Marlene Inácio e Carolina Moraes, anteriormente laboratoristas, psicólogos por transposição. Eneiza Rossi, oriunda do antigo Instituto de

Reabilitação, prestava serviços no ICHC, na Clínica de Obstetrícia. Juntara-se recentemente Beatriz Whitaker Lefèvre, que dava supervisão a estagiários. Foram nomeadas, também, Heloisa Freire, Daisy Wainberg e Christina Neder.

Dessa maneira, sob a Direção de Mathilde Neder, foi possível uma organização visando a um funcionamento adequado. Nascia, assim, a *Unidade de Psicologia do Instituto Central*. Esses psicólogos passaram a integrar o Grupo dos Técnicos, diretores de Divisão que tinham reuniões mensais com o diretor executivo do ICHC. Receberam, pelo seu importante trabalho, a colaboração preciosa dos componentes desse grupo: Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Transfusão de Sangue, Arquivo Médico e dessa união de propósitos, foi montada a Divisão de Psicologia do ICHC. As atividades dos psicólogos desenvolviam-se pelos três tipos: Assistência, Ensino e Pesquisa.

Com a criação da Divisão de Psicologia, a 15 de março de 1987, pelo Decreto 26.094, foi feito o seu enquadramento no Instituto Central, compondo-lhe a estrutura e dando-lhe atribuições para as áreas básicas de Assistência Psicológica, Ensino e Pesquisa que seriam executadas através de dois serviços da Divisão:

1. Serviço Central de Atendimento Psicológico Integrado, compreendendo a Equipe Técnica de Planejamento, Treinamento, Ensino e Pesquisa, a Seção Geral de Atendimento Psicológico Integrado (Preliminar de Saúde Ocupacional, Diagnóstico e Tratamento, Interconsultas, Consultorias, Assessorias), o Setor de Psicologia em Pronto-Socorro e em Unidades de Terapia Intensiva e o Setor de Entrosamento Psicológico com a Comunidade.
2. Serviço de Psicologia para Ambulatórios e Enfermarias, compreendendo duas seções com dois setores cada uma: seção de Psicologia para pacientes externos uma seção para pacientes internados, ambas com setores para as Clínicas Médicas e Especializadas e para as Clínicas Cirúrgicas e Especializadas, além de um setor de Psicologia para Pronto Atendimento Ambulatório. Para a nova organização não houve mudança na forma de pensar ou conduzir-se por parte dos psicólogos.

Como define Neder M. (1993), o psicólogo, no hospital, é um profissional da Saúde. Em seus propósitos e método de trabalho, é embasado nos cuidados psicológicos humanizantes; por sua vez ele deve ter maturidade filosófica para isso. Sua função é contribuir para o Bem-Estar Humano, cuidando da qualidade de vida, condicionadora da Saúde.

O psicólogo procede à Assistência Psicológica, que ocorre por:

1. avaliação psicológica do paciente, da família, da situação hospitalar
2. tratamento psicológico e prevenção

Levando em conta as necessidades do caso, o procedimento é o seguinte:

- 2.1 psicoterapia ao paciente e a família
- 2.2 psicopedagogia
- 2.3 psicomotricidade ou terapia psicomotora
3. consultorias e interconsultas psicológicas
4. assessoria psicológica.

O HC da FMUSP é constituído por vários Institutos, um Departamento e outros órgãos, onde se incluem: Instituto Central, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto de Psiquiatria, Divisão de Reabilitação Profissional, Instituto do Coração, Instituto da Criança, Departamento de Hospitais Auxiliares, de Suzano e Cotoxó. Os serviços de Psicologia desses Institutos e Departamentos têm organização própria que funcionam, conforme os seus objetivos, com liberdade de atuação, enquanto parte do Complexo HC. Nos diferentes Institutos, nos Serviços de Psicologia, a ação é diversificada, de acordo com as suas necessidades. Diferenciações são esperadas e respeitadas.

A Coordenadoria das Atividades dos Psicólogos do HC foi um órgão coordenador instituído por Portaria da Superintendência, sete meses depois de ter sido criada a Divisão de Psicologia do Instituto Central, em 22 de outubro de 1987, tendo como coordenadora Mathilde Neder. Tinha como objetivo promover entrosamento ao desempenho de trabalhos assistenciais, científicos e didáticos, de maneira a possibilitar atuação com sentido de grupo estruturado.

Nessa época, era Superintendente o Prof. Dr. Vicente Amato Neto que, pela sua coerência e convicção em seus posicionamentos, realizou, em 1991, o que foi previsto e anunciado pela própria Superintendência, anos atrás; Foi uma ação combinada de confiança e estímulo das três últimas superintendências, uma criando e apoiando (Prof. Primo Curti), outra mantendo e garantindo a continuidade (Prof. Guilherme Rodrigues da Silva).

Tendo já realizado um Encontro de Psicólogos do HC e diferentes atividades através de Grupos de Trabalho, a Coordenadoria organiza e lança, em 1991, a *Revista de Psicologia Hospitalar*. Já, em 1988/1989, tendo Mathilde Neder como diretora da Divisão de Psicologia do ICHC, foram criados dois Centros de relevante importância.

Um, o Centro de Estudos e Pesquisas Psico-Cirúrgicas – CEPPSIC, para consolidar o trabalho da Clínica Cirúrgica II (gastro-intestinal), coordenada pela psicóloga Christina Ribeiro Cerezetti, então psicóloga dessa Clínica Cirúrgica. Esse Centro era interno e pertencia à Divisão de Psicologia do ICHC.

E outro Centro, mais amplo, de alcance nacional e internacional, chamado Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia Hospitalar – CEPPHO – cuja diretoria deveria ser mista, constituída por profissionais de diferentes Centros Científicos e Universitários.

Como parte dessa história, Mathilde Neder, em relato pessoal, falou-nos sobre a sua participação na história da origem da única obra do Professor Sándor que foi publicada, em 1974, com o título “*Técnicas de Relaxamento*”. Em 1969 e 1970, a *Sociedade de Psicologia de São Paulo*, cuja presidente no período era a própria Mathilde Neder. Organizou dois semestres de *Cursos de Relaxamento*, culminando com uma publicação Especial no Boletim de Psicologia. Essa publicação compunha-se de 15 artigos, sendo 10 de autoria de Sándor. Os outros artigos foram de profissionais do chamado “*Grupo dos Sábados*”, conta-nos Mathilde, que era composto por jovens psicólogas que dedicavam suas tardes dos sábados aos ensinamentos do Professor Sándor. No mesmo relato, gentilmente, comunica-nos também sua participação na introdução da Calatonia no contexto hospitalar. Naquela época, de portas fechadas, aplicava a Calatonia nos seus pacientes...

O Brasil foi um dos primeiros países, além de Cuba, a começar inserir o psicólogo na Área Hospitalar, sendo que a denominação Psicologia da Saúde surgiu muito mais tarde. Foi Mathilde Neder uma pioneira nesse campo da Psicologia Hospitalar.

No México e na Colômbia os primeiros trabalhos em Psicologia da Saúde apareceram por volta dos anos de 1982 e 1983. Até onde se tem referência, o primeiro livro sobre Psicologia da Saúde apareceu no México em 1986. Em 1991, psicólogos da *Universidad Veracruzana (Xalapa, México)* surgem com a revista *Psicologia e Saúde*, com edição de Rafael Bulle-Goyri. Na mesma época, no Brasil, vem à luz a revista *Psicologia Hospitalar*, encabeçada por Mathilde Neder.

Por esses dados, observa-se que o desenvolvimento da *Psicologia da Saúde* em alguns países da América Latina tem tido um vertiginoso desenvolvimento nas últimas décadas. A ALAPSA (Associação Latino-Americana de Psicologia da Saúde), fundada em Santiago do Chile, em 1993, promoveu com êxito dois congressos latino-americanos, o primeiro em maio de 2001, em Veracruz (México) e o segundo em setembro de 2003, em Cartagena de Índias (Colômbia). Está preparando seu III Congresso a ser realizado em Havana (Cuba) em dezembro de 2005. Têm ocorrido encontros importantes entre psicólogos procedentes de diversos países e com diferentes formações teóricas, metodológicas e organizacionais.

3.1.3 – Aspectos Teóricos Conceituais e Metodologia da Psicologia da Saúde

O texto que se segue representa um extrato, por mim resumido e traduzido do espanhol, relativo a uma re-compilação de diversos trabalhos do psicólogo cubano Grau, J. e de diversos colaboradores (1995 a 2001), selecionados entre mais de 120 publicações em revistas nacionais e estrangeiras, durante os últimos oito anos. Esse trabalho de re-compilação foi realizado pelos psicólogos brasileiros Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne e Ricardo Werner Sebastiani.

O uso da terminologia *Psicologia da Saúde* é uma pretensão bastante válida, porque devemos reconhecer as limitações e restrições dessa denominação, principalmente nos países em desenvolvimento. Esse é o anseio, certamente, da maioria dos profissionais que labutam na Área da Saúde, cuja vertente positiva indica que o caminho é conceber um

sistema preventivo para a preservação da Saúde e não apenas centrar-se nos aspectos de combate às enfermidades.

Para compreender o significado dessa concepção temos que partir do conhecimento do processo saúde-enfermidade, das análises dos fatores condicionantes, de como influi nesse processo a sociedade em geral e o indivíduo com sua personalidade. É também necessário entender como se insere a Psicologia num dado sistema de saúde, como se vincula às experiências práticas acumuladas em diferentes programas e instituições desse sistema. Para isso devemos examinar alguns dos enquadramentos teóricos de onde vieram suas principais fontes.

Mesmo havendo mais discordâncias do que acordos no que concerne à delimitação do campo de atuação da Psicologia da Saúde, em relação à atribuição de outras disciplinas afins, muitos autores concordam que a Psicologia Clínica, a Psicologia Social Comunitária e a Medicina de Conduta podem ser as principais referências de partida.

A **Psicologia Clínica** talvez seja a disciplina mais conceitualmente definida como o conjunto de possíveis atuações (compreensão, explicação, diagnóstico) sobre sujeitos que apresentam problemas ou transtornos psicológicos através da dimensão de uma relação profissional de ajuda.

Goldenberg (1973) entende-a como um ramo da Psicologia que investiga e aplica seus princípios à situação única e exclusiva do paciente para reduzir suas tensões e ajudá-lo a funcionar de uma forma mais eficaz e com maior sentido. Korchin (1976) considera que é uma especialidade que procura entender a conduta humana e melhorar a situação das pessoas que se encontram com problemas, utilizando para isso os conhecimentos e as técnicas mais avançadas e procurando, mediante a investigação, melhorar as técnicas e ampliar os conhecimentos para buscar maior eficiência. É uma forma de Psicologia aplicada que pretende determinar as capacidades e características da conduta de um indivíduo recorrendo a métodos de mediação, análises e observação, e que, com base numa integração desses resultados com os dados obtidos através do exame físico e das histórias sociais, oferece sugestões para uma adequada adaptação do indivíduo.

Resumindo, trata-se de uma tarefa de identificar e aplicar os princípios da Psicologia para prevenir e tratar problemas psicológicos de um indivíduo.

A Psicologia Comunitária, ao contrário, está destinada à compreensão, explicação e solução dos problemas desde o ponto de vista supra-individual (social ou comunitário), enfocando sua atenção preferencialmente na mudança e na melhoria social. É definida como o estudo dos processos psicológicos gerais que vincula os sistemas sociais com conduta individual numa interação completa. Trata-se de uma disciplina cuja meta é modificar a conduta humana através da intervenção no sistema social, considerada como campo da Psicologia que tenta resolver os aspectos sociais em lugar dos problemas particulares de cada indivíduo.

A Psicologia Comunitária surge como alternativa à Psicologia Clínica, orientando-se a compreender e resolver certos problemas com forte componente sócio-ambiental (droga, marginalidade, delinquência) com metodologias em nível supra-individual ou comunitário. Teve sua origem na conturbada década de 60, devido a uma série de conflitos envolvendo aspectos profissionais e sociopolíticos, com a exigência de uma maior demanda de assistência psicológica e compreensão de que certos problemas humanos são muito dependentes do tipo de relação entre o sujeito e o ambiente com o qual interage. Muito provavelmente, sua origem está também relacionada com a insatisfação e o desencanto com a terapia psicanalítica, com a identificação de novas concepções da enfermidade mental e com as evidências de uma relação entre classes sociais e transtornos mentais, enfim, devido às mudanças sociais e políticas ocorridas na referida década.

Dá ênfase à prevenção e atua baseada no modelo de competência dos sujeitos para resolver seus problemas, caracterizando-se por uma postura ativa e preventiva da comunidade com princípios na adoção de uma perspectiva ecológica, na busca da mudança social com enfoque sobre a intervenção em crise e a criação de uma sensação psicológica de bem-estar na comunidade. Aplica-se à prestação de serviços humanos, à mudança social e comunitária no grupo, bairro, povo, organizações institucionais, população, ao pessoal-compartilhado mais que ao pessoal-individual, com estratégias baseadas na educação.

A Medicina da Conduta é um amplo campo de integração de conhecimento proveniente de diferentes disciplinas biomédicas, (anatomia, fisiologia, bioquímica, epidemiologia, endocrinologia, neurologia) e psico-sociais (psicologia de aprendizagem, terapia e modificação de conduta, sociologia, antropologia) e questões dirigidas à promoção e manutenção da saúde, de um lado, e à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da enfermidade, por outro lado, sendo que sua característica fundamental é interdisciplinar; em um sentido amplo é entendida como a aplicação de técnicas psico-sociais ao campo da saúde e a enfermidade “físicas” e, em um sentido mais restrito, é resultante da aplicação da psicologia experimental à prática médica, ficando fora as técnicas que não sejam condutivas e problemas de natureza “não físicas”.

Além da Psicologia Clínica, Psicologia Comunitária e Medicina da Conduta, outras disciplinas também contribuem para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, como a Psicologia Médica e a Medicina Psicossomática.

Apesar de não ter repercussão no surgimento da Psicologia da Saúde, a Neuropsicologia e a Patopsicologia - da forma como foram concebidas na ex-União Soviética - tiveram certa influência nos trabalhos de psicólogos cubanos e de outros países, em especial latino-americanos, sobretudo desde os anos 80 do século passado.

Talvez a disciplina que tenha chegado mais cedo ao nosso continente e mais próxima à Psicologia da Saúde, foi a Neuropsicologia, com os trabalhos pioneiros de Luria (1991) no estudo das funções corticais superiores e do diagnóstico e a reabilitação de doentes com lesões do sistema nervoso central.

A Patopsicologia caracteriza transtornos dos processos psíquicos com métodos qualitativos à maneira de pequenas situações clínicas experimentais.

Segundo Matarazzo (1980; 1982), a Psicologia da Saúde é o conjunto de contribuições educativas, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia, voltada para a promoção e manutenção da Saúde, a prevenção e ao tratamento da enfermidade, a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, a enfermidade e suas disfunções

relacionadas e as análises e melhora do sistema sanitário e formação de políticas sanitárias. Nessa formulação distinguem-se quatro orientações fundamentais de trabalho:

- a) destaca-se a promoção e a manutenção da saúde;
- b) inclui-se a prevenção e o tratamento da enfermidade;
- c) centra-se também no estudo da etiologia e correlatos da saúde, a enfermidade e as disfunções, e,
- d) atribui-se como competência do psicólogo da saúde o estudo do sistema sanitário e a formulação de uma política de saúde; aspecto este que está cada vez mais chamando a atenção dos psicólogos inseridos no setor da saúde.

Três grandes desafios para o avanço da Psicologia da Saúde no século XXI, e em particular nos países em desenvolvimento, podem ser enumerados:

- 1- a inserção crescente e efetiva de psicólogos reunidos que estabelecem políticas de saúde, com desenvolvimento de uma orientação ético-humanista e de compromisso na transformação social, com busca da qualidade e bem-estar;
- 2- a diminuição do distanciamento entre a formação acadêmica e o exercício profissional para a solução de demandas sócio-sanitárias e a implementação de profundas mudanças em formação curricular de pré e pós-graduação, com a consolidação da bagagem teórica e de conceitos metodológicos da disciplina;
- 3- o incremento de projetos, resultados de investigações e estudos psicossociais com projeção transdisciplinar, multissetorial e transcultural, sem abandono da especificidade de cada país ou região.

3.2 – O MÉTODO CALATÔNICO DE PETHŐ SÁNDOR

3.2.1 – Um Pouco da História

Pethő Sándor, húngaro, médico, nascido em 1916 e falecido em 1992, no Brasil, foi o criador das Técnicas de Relaxamento que compreendem a Calatonia, Descompressão Fracionada e os Toques de Reajustamento nos Pontos de Apoio do Corpo, além de inúmeros outros Toques denominados de Toques Sutis.

O Método Calatônico foi idealizado por Sándor dentro de um contexto Hospitalar, diante de casos de amputação de feridos e congelados, no pós-operatório, abrangendo desde membros fantasmas e abalamento nervoso, até depressões e reações compulsivas, para proporcionar alívio do físico e do psíquico. O Método foi um recurso encontrado pelo seu criador diante do caos do ambiente pouco favorável num período de Guerra. O Método, então, foi desenvolvido por um Cuidador. Sándor foi médico obstetra e ginecologista pela Faculdade de Medicina de Budapeste, formado em 1943, durante a Segunda Grande Guerra na Europa. Era filho de um juiz de direito e foi educado em um privilegiado ambiente cultural. Tinha formação para ser cantor de ópera. Os fatos ocorreram ao longo dos caminhos de sua vida e, assim, aconteceu a história...

Com a presença dos Russos na Hungria, em 1945, fez-se necessária a busca por um local mais seguro. Fugindo em um trem, num mês de abril, às vésperas do final da guerra, Sándor e sua família estavam na Alemanha, com o trem parado por falta de condutor. Durante dois ou mais dias, sem ter o que comer, resolveram cozinhar em um dos vagões. A fumaça do trem chamou a atenção dos aviões americanos. O trem foi atingido e Sándor, como médico presente, teve que acudir os mortos e feridos, entre eles seu pai e sua mãe. Contava-nos Sándor, em sala de aula, que, diante da gravidade dos ferimentos de seus pais, disse: *“quanto a estes não posso fazer nada, tragam-me os outros”*. Nesse dia, terminado seu trabalho exaustivo, ele se permitiu ausentar-se dos outros uns poucos minutos, com suas perdas, seu luto e sua dor.

No final da Guerra, Sándor desenvolveu um trabalho que chamou “dormir em pé”, preocupado com as pessoas que eram empilhadas em vagões de transporte, ficando muitas vezes o dia inteiro sem poder sentar. Esse trabalho consistia em conscientizar os *Pontos de Apoio do Corpo* para distribuir melhor o peso. Com o deslocamento da atenção para o corpo, era conseguido um descanso mental e, durante um certo tempo, ficavam adormecidos os medos e os pensamentos e, assim, um pouco de alívio era alcançado (Delmanto, 1997, p. 19).

Esse princípio – “um pouco de alívio” – é que orienta hoje nosso trabalho no contexto hospitalar, com as técnicas adaptadas para tal. Nesse final de guerra, observando os traumas que causavam quadros de somatização, os quais provocavam alterações no funcionamento do sistema endócrino, levaram Sándor às questões da neuropsiquiatria.

Muitas e muitas vezes, Sándor relatou com seu estilo peculiar, em sala de aula, a perda de sua esposa. Descrevia sua esposa, mãe de seus dois filhos, na época com dois e três anos, que veio a falecer com apenas 26 anos. Falava também sobre seu trajeto pelas ruas de bicicleta sob um rigoroso inverno, quando visitava a esposa no hospital. Recordava seus cabelos ruivos e sua fragilidade, “não resistiu” - explicava. Fazia uma pausa na sua fala, abaixava a cabeça. Silêncio na sala. Passavam segundos, Sándor, erguia a cabeça, olhava para frente e continuava a ensinar-nos complexos conceitos da psicologia...

Para mim, esses momentos soaram solenes. Atitudes que reverberavam criando uma atmosfera de competência e resiliência diante dos fatos da vida. Sándor, ao mostrar sua sensibilidade junto as suas perdas, promovia um encontro. No som do seu silêncio, podia-se entender que “cada um vislumbresse aquilo que está destinado a ser e que se preparasse para cumprir sua incumbência individual, como unidade dentro de uma unidade maior”. Como se as suas perdas fossem um preparo para sua incumbência individual e sua participação como unidade de uma maior! Um Toque! Ou para nos ensinar a “importância de aprender a escutar a voz do silêncio”. Sua característica pessoal. Seus opostos.

“Soldados alemães, muitas vezes chamavam-no quando sentiam dores, pois já sabiam dos toques que tiravam a dor. Aproveitava essas ocasiões para trocar o atendimento por comida, que era sempre dada aos mais necessitados. Aceitava garantir essa comida extra, mas exigia ficar sozinho, para que não vissem o seu trabalho e, assim, guardava o segredo de como tirar dores com as mãos” (Delmanto, 1997, p.19). Foram esses segredos que transmitiu aos seus alunos no Brasil.

Sua competência em re-significar seus lutos, em transformar suas perdas, estão na sua criação de recursos para cuidar das pessoas - no reajuste dos pontos de apoio - como é, por ele, mencionado em VELA – comentários.

Seus Toques Sutis, com suas manipulações suaves, remete-nos à elegância indispensável, porém, pouco encontrada quando nos deparamos com a imagem de caos. Nas doenças, nos abalos pelos furacões, terremotos ou na guerra.

Para aceitar sobrecargas e tomar consciência da absoluta insegurança da vida, faz-se necessário a sutileza, o toque, a alma expressa no corpo...

O descanso provocado pelas técnicas de Sándor, mesmo que por pouco tempo, como nos ensinava, é reorganizador. Do encontro entre consciente e inconsciente, emerge a atividade eminentemente vital e unificadora da função transcendente, essa função complexa, composta de outras funções. Seu qualificativo de “transcendente” refere-se ao seu poder transformador de fazer passar o sujeito de uma disposição a outra. Jung entende que a passagem de uma disposição ou estado de dissociação ao estado de harmonia, faz-se pela integração dos contrastes mediante a assimilação do inconsciente. As passagens na vida do criador dessa técnica de reorganização psicofísica remetem-nos a momentos nos quais, diante dos fatos da vida, só nos é possível um breve descanso integrador. Silenciar é preciso para escutar as sinalizações de mudança que dão expansão para a consciência de visualizar novos caminhos.

Cada momento é uma realidade a ser conhecida. Cada momento é único. Não se repete. Então, *“Sándor era um homem cuja presença silenciava a todos por respeito e admiração, com rigores que se tornaram bem conhecidos: Frequência, Atenção, Participação, Pontualidade”* (Delmanto, 1997, p.18).

3.2.2 – O Método Calatônico e o Questionário VELA-Comentários

A expressão Calatonia indica uma condição de descontração, soltura, porém não apenas do ponto de vista do tônus muscular. Em seu sentido mais amplo refere-se também à possibilidade de reorganização de tensões internas. A expressão tem origem no verbo grego KHALÁÔ ($\xi\alpha\lambda\alpha/\omega$) que indica “relaxação” – “alimentação” – “afastar-se do estado de ira” – “fúria” – “violência” – “abrir uma porta” – “desatar as amarras de um odre” – “deixar ir” – “perdoar aos pais” – “retirar todos os véus dos olhos”.

Tavares (1997) diz que *“a Calatonia e suas aplicações não se tratam simplesmente de técnicas e muito menos de técnicas de relaxamento, mas que compõem um método de regulação de tônus em seu sentido mais amplo. Estou me referindo à repercussão desse método sobre o modo de ser e de estar no mundo de um organismo, que não apenas tem um corpo, mas é um corpo. Então, tal repercussão nem sempre vai coincidir com efeitos agradáveis e relaxantes, visto que tal método incide sobre a complexidade e as contradições que têm lugar nesse organismo”*.

Durante a Segunda Guerra, Sándor idealizou o Método em hospitais da Cruz Vermelha, na Europa, quando ocorreram as primeiras experiências com a Calatonia, em decorrência de queixas de pacientes em situações pós-operatórias, citando-se como exemplo as amputações, a percepção de membros fantasmas e outras situações gerais de estados de depressão, reações compulsivas, em casos de distúrbios circulatórios, abalamentos nervosos do pós-parto, falta de medicamentos, etc. Utilizando-se de toques suaves na região dos pés, Sándor observou resultados positivos nos aspectos psicofísicos.

O Método Calatônico foi desenvolvido pela necessidade de superar obstáculos, pela presença da doença e dos abalamentos nervosos na época. Hoje, para lidar com doenças crônicas como o câncer, o estresse pós-traumático ou outras situações de crise, são necessárias intervenções que cuidem do aspecto bio-físio-psico-sócio-cultural-espiritual.

Pethö Sándor, em VELA (um questionário sobre queixas e sintomas de Labilidade Vegetativa o qual, por ele, traduzido, ampliado e comentado) faz referência à “psicoterapia organísmica” (abordagem multidimensional).

“O tratamento simultâneo ou complementar, isto é, uma terapia que observe tanto a indisposição psíquica (subjéctiva e objectiva) como a labilidade neuro-vegetativa e a perturbada regulação somática, tem que figurar sempre na visão da psicoterapia organísmica” (CORTESE, sd).

Tavares (1997) designa *Método Organísmico* em vez de simplesmente *Método Calatônico*, por entender que tal método norteia-se pelos princípios da orientação organísmica, assumida por Sándor, que resultaram, entre outros aspectos, na constituição do corpo teórico por ele batizado como Psicologia Organísmica (como é referido em VELA-Comentários). Continuarei a utilizar aqui, na presente monografia, a denominação Método Calatônico, pelos princípios preconizados por Sándor, denominados em VELA como um Método Organísmico.

Pela perspectiva da abrangência da atuação do trabalho de Sándor, é possível, através desse método psicoterápico, promover a resiliência própria do paciente. É um recurso que se manifesta pela aproximação de conteúdos já conscientes e àqueles que nunca o foram, às

áreas de apoio transpessoal e àquele núcleo da totalidade psíquica que é muito mais do que apenas a soma dos seus componentes.

De acordo com Sándor, há diferenças básicas entre alguns métodos auto-sugestivos e exercitativos e a Calatonia. É que esta última utiliza a sensibilidade cutânea pela qual a mesma área pode servir para a percepção e a condução das mais diversas variáveis (pressão, calor, frio, dor e suas gradações múltiplas), proporcionando uma vivência multissensorial ao mesmo tempo. Além disso, o estímulo tátil possibilita uma síntese de várias particularidades perceptivas e aperceptivas, sintonizadas e sincronizadas numa configuração singular em cada indivíduo. A sensibilidade cutânea apresenta aspectos entrelaçados de categorias protopáticas (componentes com acentuação vital-afetiva) e epicríticas (representações lógico-conceituais), numa intensidade que ultrapassa aquela manifestada em outras áreas de percepção sensorial.

A expressão dos conteúdos emocionais, pela perspectiva do simbólico, possibilita ao psicólogo organizar o rumo do trabalho no contexto hospitalar, orientando-se pelas Etapas da psicoterapia, proposta por Jung. Ressaltava Sándor, a importância de ser considerado o fato de que sempre, entre duas pessoas, existe a presença de um ponto em comum que está muito além das vontades, dos pensamentos organizados ou da consciência. Esse ponto, nas profundezas do inconsciente, poderia ser considerado o campo em comum entre ambas as partes, podendo ser chamado de “Terceiro Ponto” (Delmanto, 1997, p. 50), da forma como entendendo ser a relação bi-pessoal entre paciente e terapeuta.

O livro “*Técnicas de Relaxamento*” foi a única obra publicada de Sándor (1974) e deu-se pela realização do primeiro curso aberto ao público sobre relaxamento que contou com 170 participantes, entre estudantes e profissionais da psicologia, medicina, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, realizado pela Sociedade de Psicologia de São Paulo (SPSP). A Dra. Mathilde Neder foi presidente dessa entidade durante o biênio 1969-1970. O conteúdo desse curso foi publicado no Boletim de Psicologia em 1969 (nºs 57 e 58) e reeditado em 1972. O único livro publicado com textos de Sándor, no qual está excluída a apresentação da presidente da SPSP. Os outros autores que contribuíram para a edição desse livro foram Bonilha, L.C., Ferreira, L.M., Mauro, B.H.M., Santis, M.L.Simões, Yamakami, S. e Neder, M. eram também membros do denominado por eles

como “Grupo dos Sábados”, coordenado por Sándor. Buscavam o acesso aos conhecimentos que o mesmo detinha sobre conceitos junguianos, assim como outros conhecimentos gerais.

Em “*Técnicas de Relaxamento*”, Sándor salienta a posição de Stokvis e Wiesenhutter sobre a aplicação do relaxamento em casos como:

- insônia
- estados espáticos
- na neurose obsessiva
- na falsa imaginação auto-sugestiva (hipocondria)
- nas perturbações do autocontrole
- nas somatizações
- como meio de diagnose diferencial

Os autores citados por Sándor falam das contra-indicações nos exercícios auto-sugestivos nos casos tais como:

- paciente com falta de autoconfiança e de cooperação
- com manifestações intensas de angústias
- com fixação mórbida
- paciente que quer exercer demais sua vontade produzindo tensões novas

Dado o peculiar condicionamento propiciado pelo processo calatônico, Sándor afirma que o método pode ser aplicado e utilizado com resultados patentes em todos os casos de contra-indicações e insucessos anteriormente mencionados, até possibilitando, aos pacientes, a aprendizagem dos exercícios auto-induzidos. Ressalta que, talvez, uma exceção seria a fase agitada da psicose.

O uso de técnicas mais simples no início do contato com o paciente, a confiança do paciente no terapeuta e uma mútua sensibilidade mais aprimorada são fatores favoráveis para receber os toques mais sutis. As questões com a propriocepção no estado do adoecer e a posição deitada são, no meu entendimento, facilitadoras para toques mais sutis. Percebo

que não há necessidade de o paciente ter se submetido anteriormente às técnicas, antes do seu estado de adoecer. *“O paciente responde com o que é necessário para ele no momento”*, conforme falava Sándor.

Para o autor, a presença do bom senso do terapeuta faz parte dos trabalhos, assim como as condições físicas do paciente. Também deve estar presente um cuidadoso critério de escolha dos toques. Fala também dos cuidados que devem ser tomados com os quadros de grandes distúrbios psíquicos ou de alterações por drogas, bem como com as doenças resultantes de processos infecciosos. Salienta, ainda, que, nas gestantes, o período de gravidez também requer uma atenção especial na seleção dos toques.

Percebe-se, então, que é indispensável um conhecimento mais aprofundado para o manejo dessas técnicas. Sobre isso é que tratam os “lembretes” de Sándor.

Sándor aconselhava a delicadeza e espontaneidade nos trabalhos corporais, sugerindo deixar surgir no momento a idéia do toque. Não aconselhava planejamento prévio. Conforme reforça Delmanto (1997, p. 52), *“convidar a pessoa a soltar-se com consciência e aceitação é um bom caminho que pode criar as condições para que o trabalho possa ser desenvolvido. Também os movimentos espontâneos, que surgem durante o contato, devem ser valorizados. Caso sintam que, durante a aplicação do toque, um dos dedos se propõe mais do que os outros, deixem que o trabalho seja feito por ele. Não planejem com antecedência o toque que vão aplicar...Convém não prever o que vai ocorrer... Deixem que surja no momento a idéia para o toque...”*

O Método Calatônico também possibilita o emergir das “Imagens Calatônicas”. São muitos os recursos terapêuticos que utilizam as imagens mentais como transdutor de informações, com especial significado nos processos de saúde e cura, como também é reconhecido nos dias de hoje os trabalhos com imagens baseados nos estudos que propõem o sistema límbico-hipotalâmico como um efetivo canal de troca entre o ambiente interno e o externo; entre psique e soma, entre o Homem e o Divino, entre Instinto e Espiritualidade. As imagens calatônicas constituem um recurso para acessar dinamismos intrapsíquicos como são os sonhos na psicologia analítica.

As Imagens Calatônicas apresentam-se em duas categorias:

- 1- quando o conteúdo psíquico em processo de manifestação ainda não chegou à condensação e articulação necessárias para emergir como linguagem falada ou, o que já é um passo mais avançado, como comunicação escrita;
- 2- quando especialmente sob forma de configurações com conteúdo abstrato, o sentido tem que “desabrochar” em idéias, cuja redação pode ocorrer, melhor pela linguagem escrita e só depois ser “desenrodilhada” numa fala ora mais consistente elaborada, ora mais prolixa.

A área de manifestação corporal (somestesias, sinestesias, ativações termoceptivas, etc.) pode fornecer informações significativas para uma tentativa de compreensão mais integrada da vivência de imagens calatônicas. Sendo tais experiências naturalmente feitas com qualquer técnica de relaxamento que permita o emergir do estado intermediário entre vigília e sono e não tente dirigir constantemente o exercício.

As Imagens Calatônicas, como diria Jung, “*constelam*” as respectivas esferas vivenciais, as potencialidades (Sándor, 1974).

Em VELA-Comentários, item 5.5, Sándor salienta que segundo os autores Newton-Readfern “*experiências com acentuação afetiva correm pelo sistema de percepção cinestésico e o modo e a maneira pelos quais a organização dessas experiências integram-se no esquema Corpo-Mundo (o corpo no mundo e o mundo no corpo) seguem leis arquetípicas*”. Por exemplo, uma experiência desagradável (dolorosa) durante ou depois do parto é registrada na consciência corpórea. Os representantes visuais de tais registros podem suscitar imagens alternadamente salientes ou reentrantes (protuberâncias e amassamentos) com delineações angulares-agudas (que ferem, esmagam, arranham), enquanto experiências agradáveis podem estampar ou cunhar a idéia e sensação de trajetos ondulantes, flutuando ou espiralando de modo harmônico e gratificante. O amor asseverativo da figura materna e sua presença possibilita nesses estágios iniciais a sensação de uma totalidade contínua; no caso contrário, pode surgir a experiência maior ou menor de uma dissolução ou desarticulação. Temos que perceber, diz Sándor, e considerar essas

questões sempre nos seus aspectos neurológicos neurovegetativos, psicovegetativos, psicodinâmicos e arquetípicos, observando que nos diversos indivíduos, ora uns, ora outros aspectos aparecem ou operam com mais acentuação. Tais percepções e considerações dependem demais da nossa própria “equação pessoal” e da disposição em que se encontram tais aspectos dentro da nossa organização psicofísica. Esta tem que ser de novo e de novo observada com uma atenção “multidimensional” sem rígidas fixações teóricas.

Com a flexibilidade necessária no contexto, como é possível verificar com o caso apresentado, diante da arquetípica tendência que possui a psique humana em manifestar idéias, emoções e propósitos maiores, através das sensações corpóreas e imagens oníricas, tomando o caminho inverso por adequados estímulos corpóreos, podemos efetuar alterações justas e condizentes na organização psíquica, observando tais reajustamentos pelo acompanhamento de séries de sonhos e fantasias.

Ainda em VELA - Comentários, item 3.14, Sándor discorre sobre a **Pele**:

Uma estimulação local ou geral da pele desencadeia reflexos que se manifestam por sudorese, reação pilo-motoras e alterações do tônus dos vasos. Em várias técnicas corpóreas, nas mais enérgicas como nas mais suaves, é possível observá-los. Distinguem-se de modo geral, três grupos principais de reflexos:

- reações totais envolvendo o cérebro e a pele inteira por exemplo numa vasoconstrição geral depois de um estímulo. Há os que acham que nem se trata de reflexo; mas, de reações, porque ocorre uma descarga de impulsos ao longo dos trajetos vegetativos como resposta a um estímulo que mobiliza emoção. Outras descargas do cérebro para a pele podem ser eliciadas por estímulos não nervosos, por exemplo, o centro do hipotálamo, que controla a temperatura do corpo, pode ser influenciado pela temperatura do sangue;
- os reflexos espinais “diretos” podem abranger apenas um seguimento espinal, mas em geral o lado aferente ramifica-se para cima e para baixo, e, dessa maneira, vários segmentos estão envolvidos na reação que pode ser unilateral, contra lateral e bilateral.

- as fibras sensitivas que inervam a pele podem ser envolvidas também no lado aferente do arco reflexo. Esse reflexo axônio não tem nem sinapses nem células nervosas no seu trajeto. O estímulo, então, não se dirige à correspondente célula ganglionar, mas permanece limitado às ramificações periféricas de um neurônio único. Esse reflexo axônio representa uma peculiaridade do sistema nervoso cutâneo (pode ter também origem muscular) e pode ser eliciado por estímulos mecânicos ou elétricos, pela liberação autóctona de histamina e por outros estímulos os mais variados. O reflexo axônico deve ter certo papel na piloereção e na sudorese; pode ser constatada a sua falta quando as fibras cutâneas terminais dos nervos sensitivos da pele passam, por qualquer razão, pelo processo de degeneração, por exemplo, fases posteriores a um traumatismo de nervos periféricos, ou de zonas de anestesia de determinado tipo de lepra. Ao contrário, em regiões em que as fibras simpáticas foram destruídas, pode ser observado o assim chamado eritema axônio.

Um reflexo generalizado de vasoconstrição está coligado com a função do hipotálamo. Os mais variados estímulos podem causar tal reação, como dor, ruído inesperado, intenso resfriamento, mas o estímulo mais comum é a baixa temperatura do sangue, atuando sobre o centro hipotalâmico; certamente têm certo papel também os impulsos aferentes originados na pele e o efeito da adrenalina e noradrenalina, liberadas da medula da glândula supra-renal.

A situação é contrária no esquentamento da superfície do corpo, que inibe o tônus (vasoconstrição) dos vasos da pele. Pensemos aqui, naturalmente, nos impulsos aferentes dos termorreceptores cutâneos.

Lembramos ainda os conhecidos reflexos víscero-cutâneos, que causam hiperalgesias nos dermatômos coligados a vísceras adoentadas do mesmo metâmero – em geral do lado homolateral. Eventualmente participam também os dermatômos vizinhos. Não ocorre a vasoconstrição ou vasodilatação simultaneamente, na maioria dos casos, nem alterações da temperatura da pele. Mas no outro lado não afetado, em tais zonas muitas vezes há eritema, sudorese e resistência capilar aumentada, explicando, eventualmente a distribuição de certos quadros dermatológicos.

A Pele, como um órgão que transmite para e reage diretamente frente ao meio, tem inúmeras funções. Essas podem ser perturbadas separadamente ou no seu todo como expressão de uma enfermidade interna ou de uma falha constitucional, ou como reação inadequada às influências externas. Assim, por exemplo, são conhecidos como fenômenos psicovegetativos, a alteração da cor do rosto, a dermatografia aumentada em determinadas situações, o eritema que aparece em momentos de irritação, alegria ou perplexidade, e as vasoconstrições e vasodilatações fugazes ou mais duradouras em pessoas “nervosas”. Supõe-se que o simpático produz a vasoconstricção cutânea, e nos casos da diminuição do seu impulso aparentemente ocorre a vasodilatação.

Os nervos cutâneos protegem o corpo contra extremas temperaturas externas e contra prejuízos por efeitos mecânicos, sinalizando calor, frio e dor. O tato permite ao ser humano explorar e conhecer seu meio (crianças) participando também largamente na propriocepção. A pele tem ainda a tarefa de regular a temperatura do corpo pela inervação dos vasos e pelas glândulas sudoríparas. A pele está sendo atravessada constantemente pelos raios cósmicos.

A coordenação da inervação dos vasos da pele (vasoconstricção – vasodilatação) na realidade, essa questão, nem ainda hoje, está inteiramente esclarecida. Ainda não está satisfatoriamente definida se uma vasodilatação na pele ocorre pela atividade fibras vasodilatadoras ou se atuam nesse processo determinadas substâncias mediadoras ou se ocorre simplesmente a inibição ou inatividade das fibras vasoconstritoras. Observaram também que a coordenação da vasoconstricção e da vasodilatação em diversas áreas do corpo, e em diversas pessoas, ocorre de formas, modos e intensidades diferentes. Por isso podem ser constatadas reações diferentes, a respeito, em vários indivíduos, ao aplicarmos certas seqüências de técnicas da psicoterapia organísmica.

Assim, parece que a irrigação sanguínea da mão humana está sendo regulada, em primeiro lugar, por fibras vasoconstritoras, mas no antebraço atuam vasodilatadoras. Está sendo apenas investigada a conexão entre a coordenação da atividade dos vasos sanguíneos e a dos vasos linfáticos. Naturalmente deve ser considerada a circulação venosa sujeita igualmente a dispositivos vegetativos. Já foi muitas vezes constatada, mesmo que não inteiramente esclarecida, a efetividade recíproca dos processos integrativos

hierarquicamente organizados dos dispositivos senso ou ideomotores e dos psico ou ideovegetativos. O efeito dos estímulos sensoriais e emotivos sobre as veias, através de trajetos vegetativos poderia ser bem verificado só que nesse ponto vários autores salientam que é melhor não recorrer obrigatoriamente ao antagonismo simpaticotonia-vagotonia, enfatizando aqui também o fato de que a hiperatividade do simpático em diversas regiões pode ser seguida pelo cessar do tônus simpático nas veias, sem ser possível verificar efeitos específicos de uma predominância dos dispositivos parassimpáticos.

As funções das partes laterais do centro vasomotor medular, do qual emergem predominantemente fibras simpáticas (vasoconstrição), podem ser constatadas também na atividade da formação reticular, da ponte, do mesencéfalo e do diencefalo. Verificou-se que aí os neurônios podem estimular ou inibir o centro vasomotor da medula. O hipotálamo, como um dispositivo de ligação entre emoções e o sistema vegetativo, pode fazer algo semelhante com a participação das áreas límbica e motora e também o giro cíngulo.

A pele não é um órgão passivo, mas por causa de sua origem em parte ectodermal está em conexão íntima tanto com o sistema nervoso central como os órgãos, refletindo a atividade destes em condições normais ou patológicas. Essas funções mais complicadas e sutis atuam nas suas ligações com o sistema nervoso, com os hormônios e neuro-hormônios e com o sistema imunológico.

Desde a fecundação até a morte, as estruturas e as funções do corpo alteram-se constantemente em vários níveis por causa das reações dos sistemas neuro-imuno-endocrinológicos frente aos estímulos dos meios externo e interno (condições psíquicas, metanóia, individuação, revezamento dos dinamismos e símbolos arquetípicos, atitudes frente à Sombra, ao Animus ou à Anima, desmontagem e remontagem da Persona).

É fato que a anatomia e a fisiologia não estão de uma vez e para sempre fixadas, mas encontram-se num fluxo constante, condicionadas, modificadas e acompanhadas pela efetividade reguladora dos sistemas, acima apontados, e, também, sujeitas a constantes alterações em um funcionamento conjugado. Se tal conjugação sofrer falhas ou defasagens em qualquer “ponto de articulação” podem aparecer as mais diversas perturbações, no

início talvez “apenas funcionais” mas, mais tarde, sob forma de processos patentemente patológicos, em determinados ou em vários órgãos em maior ou menor.

3.2.3 – O Processo de Transformação Pessoal segundo a Psicologia Analítica

Nascida da prática e da improvisação, a psicoterapia foi apoiada nos conceitos físicos, e fisiológicos e foi, pouco a pouco, libertando-se do universo ideológico da medicina. No início, como método auxiliar, hesitou antes de acercar-se do seu campo específico de trabalho - os pressupostos psíquicos. As inevitáveis confusões entre idéias, pontos de vista, teorias, foram necessárias. Forçosamente é preciso constatar que não se pode tratar da psique, sem interferir no todo. Isso se dá também quando atuamos em um corpo em estado de adoecer. Sua totalidade está presente.

“Quanto mais *psíquico* um estado, mais complexo é ele e mais relacionado está com o todo. É certo que as formas psíquicas elementares estão intimamente ligadas aos processos fisiológicos do corpo, como também não resta a menor dúvida de que o fator fisiológico representa pelo menos um dos pólos psíquicos” (Jung, 1981).

Afirma Jung (1981), em “*A Prática da Psicoterapia*”, que o terapeuta vivencia junto com o paciente um processo evolutivo individual. Sustenta a posição da análise individual para o próprio terapeuta. A ênfase à necessidade de psicoterapia como uma auto-educação, compreende Jung, que tanto o psicólogo como o paciente buscam uma cura envolvendo o corpo e o psiquismo todo. Expande o tema psiquismo, dando atenção aos fatores fisiológicos e espirituais. Entende Jung que o psiquismo, influenciado por fatores tanto fisiológicos quanto psicológicos, tem uma estrutura contraditória que suscita os opostos.

Pela análise pessoal são identificados os complexos - as energias que se aglomeram em torno de um ímã – que trazem, para a situação de vida atual, as experiências passadas. Lembra-se que “*o tom emocional dos complexos secundários é baseado sobre impressões sinestésicas*” (Jung apud Ramos, 1995).

A individualidade é um fato, o sistema médico-paciente relaciona-se pelo processo dialético. Diálogo - a discussão entre duas pessoas; originalmente a dialética era a arte da conversação entre os antigos filósofos, mas logo adquiriu o significado de método para produzir sínteses.

Diz Jung (1981): *“A pessoa é um sistema psíquico que, atuando sobre outra pessoa, entra em interação com outro sistema psíquico”. Diante disso, ao psicólogo compete conhecer seu próprio sistema psíquico, sua própria individualidade’.* Continua Jung, apontando a importância do método em que o terapeuta tem confiança: *“... acreditando no seu método o terapeuta fará pelo seu paciente tudo quanto estiver ao seu alcance, com seriedade e perseverança, e esse esforço voluntário e essa dedicação têm efeito terapêutico, dentro das limitações psíquicas do homem coletivo”.* Para satisfazer as variedades, multiplicidades e diversidades das disposições psíquicas, faz-se necessária uma variedade de pontos de vista e métodos. Cada psicoterapeuta tem seu próprio método como ele próprio é esse método. Afirma ainda que psicoterapia tem como objetivo educar as pessoas para a sua independência.

Jung considera desnecessário submeter um paciente comum, para quem só falta uma boa dose de bom senso, a uma complicada análise. Por outro lado, de uma natureza complicada com elevado nível intelectual, não se consegue nada através de conselhos, sugestões ou tentativas de convertê-las para esta ou aquela direção.

“...O melhor que o médico pode fazer nesses casos é dispensar todo seu equipamento de métodos e teorias e confiar, velando unicamente por sua personalidade, para que ela tenha firmeza suficiente para servir de ponto de referência ao paciente” (Jung, 1981).

Eventualmente, a personalidade do paciente pode ultrapassar à do psicólogo, em inteligência, disposição, grandeza e profundidade, lembrando sobre a dignidade e individualidade do paciente.

Jung refere-se ao processo terapêutico dirigido a uma pessoa exclusivamente coletiva, concorda que esta pode mudar através da sugestão (refere-se a tratamentos por sugestão). Mas, afirma Jung, se for individual, *“só pode tornar-se o que é e sempre foi”.* Cura - significando transformação - só tem sentido, no caso da personalidade do doente não ser sacrificada.

Para Jung, o psicólogo deve deixar aberto o caminho individual da cura. *“Nesse caso, o processo terapêutico não acarretará nenhuma transformação, por sugestão, da personalidade, mas será um processo, chamado de individuação, significando que o paciente torna-se aquilo que de fato ele é”.* Afirmando ainda que *“...à medida que a*

personalidade do paciente vai emergindo, também vai sendo possível solicitar uma maior colaboração sua”.

Freitas (2001) em seu trabalho com *Sono e Sonhos em Psicoterapia Breve* aponta: “As principais modificações que Jung propunha diz respeito aos aspectos técnicos; salienta a maior atividade do terapeuta, seu interesse pela situação atual do paciente, a passagem ao atendimento face a face a redução da frequência das sessões e o uso da contra transferência como instrumento no trabalho psicoterápico”.

Como colaboração, o paciente passa a ter tarefas, propostas por Jung (1981): “A minha experiência ensinou-me que o tempo absoluto da cura não é abreviado com sessões demasiadamente freqüentes. Em todos os casos evidentes de neurose, torna-se imprescindível uma certa reeducação e transformação da personalidade, pois trata-se invariavelmente de uma evolução deficiente do indivíduo, que em regra, remonta à infância . Com base nesse conhecimento, o método moderno também tem que levar em conta os pontos de vista humanísticos, isto é, os pontos de vista pedagógicos e filosóficos. É essa a razão por que uma formação estritamente médica está revelando-se cada vez mais insatisfatória. Para surpresa do próprio terapeuta, com o aprofundamento dos seus conhecimentos e experiências, o objeto da sua atividade não se tornou mais simples; pelo contrário, ampliou-se consideravelmente a sua complexidade. Já começa a surgir no horizonte o esboço de uma nova psicologia prática. Essa psicologia reunirá os conhecimentos do médico, bem como os do educador e de quantos se preocupem com a alma humana”.

Preocupado com a alma humana e considerando a diversidade das tendências da psicologia, Jung tenta dividir em etapas as propostas e o trabalho da sua psicologia analítica.

Arriscou Jung, e, cuidadosamente, propôs a psicoterapia em quatro etapas: a confissão, o esclarecimento, a educação e a transformação, cujas denominações são consideradas, até por ele mesmo, como um tanto quanto estranhas.

No momento em que o espírito humano inventou a idéia do pecado, diz Jung, surgiu a parte oculta do psiquismo. Na linguagem analítica, sabemos tratar-se a coisa recalcada: “O que é oculto é segredo”.

“O possuir um segredo tem o mesmo efeito do veneno, de um veneno psíquico que torna o portador do segredo estranho à comunidade”. O segredo ocultado, perante a consciência, toma a forma de um complexo autônomo. O que é contido ou outra forma de ocultar afeta os afetos. O afeto escondido até de si mesmo, o afeto contido, do mesmo modo que o segredo inconsciente atua como fator de isolamento e perturbação provocando sentimento de culpa. Pela confissão no processo psicoterápico, acredita Jung, que o paciente sai do seu isolamento, identificando que seu lado sombrio pertence à totalidade. Consciente da sombra, reconhece-se como ser humano como os demais seres humanos.

O método catártico visa à confissão completa não só pela mente mas pela liberação dos afetos contidos: “a constatação dos fatos pelo coração”.

Convém esclarecer que *“enquanto o método catártico em sua essência devolve conteúdos ao eu, que normalmente deveriam fazer parte do consciente, o esclarecimento da transferência faz com que venham à tona conteúdos que, naquela forma, jamais teriam tido condições de se tornarem conscientes”* (Jung, 1981). Essa é a diferença, em princípio, entre as etapas da confissão e do esclarecimento, segundo o autor.

Nessa fase, podemos saber o que provocou a neurose, como as reminiscências mais remotas foram desenterradas e as últimas raízes foram extirpadas. A transferência é identificada como fantasia infantil. Abre-se o caminho para o saudável.

A Etapa da Educação é um processo que educa o paciente para obter uma adaptação normal. Através da auto-educação e da auto-observação, o paciente direciona suas atitudes com maior coerência com a fase adulta.

Na etapa da Transformação deve-se considerar o que passou despercebido nas etapas anteriores.

A verdadeira psicologia não é feita de normas e preceitos universais. Existem casos individuais com suas necessidades e exigências mais variadas possíveis. As divergências são tantas que se torna impossível saber de antemão o rumo que um caso vai tomar.

Na relação psicólogo-paciente, são predominantes os fatores irracionais que produzem transformações mútuas: “Será decisiva a personalidade mais estável e mais forte”, afirma

Jung. Enfatiza a participação do psicólogo, como parte integrante do processo e exposto às influências transformadoras.

A etapa da Transformação é um método de auto-educação. É decisiva nesse momento a qualidade humana. Coloca-se todo o equipamento da arte psicoterápica sistematizada, desenvolvida e aperfeiçoada no contato com o doente a serviço da auto-educação, do auto-aperfeiçoamento. Considerando o desenvolvimento e as funções da alma, a psicologia analítica abre-se para a espiritualidade.

O Método Calatônico tem como referencial teórico a Psicologia Analítica. Jung (1966, p.3-20) estabelece a interdependência do psiquismo e do corpo como um princípio teórico básico. Assim, considero como diretrizes do instrumento Método Calatônico, o seguinte:

- o contato corporal diferenciado e controlado com terapeuta permite o desenvolvimento de uma efetiva ressonância bi-pessoal;
- a variedade do material surgido fornece bases para diálogos, em termos de exploração biográfica, um levantamento amplo e estratificado da situação atual e o subsequente planejamento ou preparo dos próximos passos na terapia;
- comparando relatos sobre sensações, emoções, idéias ou intuições observadas ou vivenciadas, com as de outras pessoas, situações e problemas, com os fundos biológicos, fisiológicos ou antropológicos, depois de consideradas também a idade, o sexo, a educação, a situação social e racial, com a observação de manifestações organísmicas, psíquicas e noéticas (relativas ao pensamento); quanto à eventual somatogênese, psicogênese ou noogênese dos achados, torna-se possível o relacionamento multidimensional dos dados, com o material empiricamente obtido nos exercícios;
- a comunicação pode ser verbal ou a-verbal e a interpretação seguirá linhas diferentes: aquela que considera o fato em si (Terapia Breve) e a especulativa-intuitiva que se baseia no simbolismo inerente ou suposto, reduzido ou amplificado, dependendo do sistema ou “escola”(na Psicologia e Saúde não existe uma única linha teórica) a que recorre;

- a Calatonia possibilita também uma aproximação em escala extensa, aos campos extra-reacionais da psique (os conteúdos uma vez já conscientes e àqueles que nunca o foram), às áreas de apoio transpessoal e àquele núcleo da totalidade psíquica que é muito mais do que apenas a soma dos seus componentes.

Farah (1995, p.352) aponta a Calatonia como Método de Trabalho em Psicoterapia. Relata colegas atuando com a Calatonia. Faz correlações entre o Método e conceitos da Psicologia Analítica de Jung.

Tavares (1997) aponta as Estratégias Terapêuticas Corporais e Grupais na Perspectiva do Método Organísmico de Pethö Sándor, *“destacando a necessidade de construir modalidades substitutivas de atendimento em psicoterapia no contexto da rede pública de saúde.”*

Mais recentemente, a *“Revista do Curso de Psicoterapia de Orientação Junguiana Coligadas a Técnicas Corporais”* (Instituto Sedes Sapientae, ano I –No. 1 - 2001. Ano IV – No.4 –2004 –ano V No.5 – 200) apresenta relatos de casos, nos quais a proposta de Sándor está presente. Da mesma forma como consta também na *Revista Hermes* e nos *Encontros Anuais*, realizados no Sedes, para discutir temas relacionados à Psicologia Analítica.

3.2.4 – Conceitos Teóricos sobre Cinesiologia

Aspectos de Cinesiologia

Cinesiologia é a ciência que estuda os movimentos realizados pelo corpo humano (do grego: **kinesis** = movimento; **logos** = tratado).

Faz parte do grupo das Ciências Fisiológicas por ser baseada na fisiologia do sistema nervoso e do aparelho locomotor (músculos, ossos, articulações).

Foi o fascínio dos seres humanos pelo movimento dos animais que levou à busca de respostas e culminou na evolução na ciência do movimento que combinou teorias e princípios da anatomia, psicologia, antropologia, mecânica e biomecânica.

Na Cinesiologia, valem os princípios análogos da Mecânica Clássica de Newton, sendo também tratada sob dois enfoques: o **estático** que se ocupa dos corpos em repouso ou em

movimento uniforme e o **dinâmico** que analisa os corpos que estão em movimentos de aceleração ou desaceleração.

O ser humano é capaz de ver e sentir as suas posturas e movimentos. As forças que afetam os movimentos (gravidade, tensão muscular, resistência externa, atrito) nunca são vistas e raramente são sentidas. Conhecer onde essas forças atuam, em relação à posição e ao movimento do corpo no espaço, é fundamental para a capacidade de produzir o movimento humano e modificá-lo. Dentro da Cinesiologia, são fundamentais as seguintes definições:

Cinemática: é a ciência do movimento dos corpos no espaço. O movimento de um único ponto no corpo (centro de gravidade), a posição de vários segmentos (extremidade superior) , posição de uma única articulação, ou movimentos que ocorrem entre superfícies articulares adjacentes.

Osteocinemática: ocupa-se com os movimentos dos ossos. O esqueleto humano é uma armadura móvel; os ossos servem de alavanca para a tração dos músculos.

Artrocinemática: trata dos movimentos que ocorrem entre superfícies articulares. Os ossos unem-se entre si por meio de zonas chamadas articulações.

Para registrar a localização no espaço de pontos específicos no corpo é necessário um ponto de referência. A Cinesiologia utiliza o sistema de coordenadas retangulares tridimensionais para descrever as relações anatômicas do corpo. Trata-se de uma referência para estudo.

Na Cinesiologia, a chamada **Posição Anatômica do Corpo** (Fig. 1) é definida como sendo a posição em pé, pés levemente separados, braços estendidos ao longo do corpo, palmas das mãos voltadas para frente, olhar para o horizonte. Essa posição é sugerida por Sándor (1974) na aplicação da Calatonia nos pés - no caso o paciente deitado, com os pés “levemente separados” e de olhos fechados. O paciente numa cama de hospital, geralmente encontra-se nessa mesma posição.

O **Princípio da Alavanca** foi percebido por Arquimedes vinte séculos antes do conceito de energia ser criado. Alavanca é uma barra rígida reta ou curva que pode mover-se em torno de um ponto fixo chamado de **Ponto de Apoio**. O princípio da alavanca está presente

quando o corpo humano passa de uma postura para outra. A postura definida como posição ou atitude do corpo caracteriza uma maneira de sustentar o próprio corpo. **Postura e Movimento** são intimamente associados; o movimento começa a partir de uma postura e pode terminar em outra postura. Na função normal, os “pontos” de ajuste das posturas são rápidos e automáticos.

Postura Simétrica é usada para a avaliação do alinhamento do corpo em pé, com os pés separados aproximadamente pela largura das articulações dos quadris, os braços relaxados aos lados do corpo e os olhos dirigidos para frente. O alinhamento da cabeça, dos ombros, dos troncos, dos quadris, dos joelhos e dos tornozelos, deve ser avaliado de lado, pela frente e por trás. A linha de gravidade do corpo passa muito perto dos eixos articulares (Fig. 2).

O pé, “como uma abóboda, é sustentada por três arcos que repousam sobre três Pontos de Apoio” (Calais-Germain, 2002) (Fig. 3).

Na posição em pé, o peso do nosso corpo reparte-se sobre esses três pontos de apoio: anterior e lateral na cabeça do quinto metatarsal uma estrutura óssea concebida para sustentar pouco peso anterior e medialmente, na cabeça do primeiro metatarsal que recebe quase todo o peso restante do corpo e na tuberosidade do calcâneo, posterior, estrutura óssea maciça, própria para receber o máximo de peso.

No toque Calatônico, Sándor (1974, p.95) diz que “*tocamos suavemente com os dedos anulares, médios e índices juntos, a planta dos pés mais ou menos na extremidade metatársica do arco longitudinal; o segundo ponto na planta do pé que é a parte mais côncava do arco longitudinal, as mãos levantam um pouco a face posterior do pé (calcanhar) de modo que a palma da mão apóie junto com o tendão calcâneo*”.

Também são possíveis outros pontos de apoio:

Pelve ou cingulo do membro inferior que é um anel ósseo formado, sobretudo por três elementos: o sacro - na parte posterior, os dois ossos do quadril e o cóccix. O osso do quadril é um osso plano cujas partes (superior e inferior) estão em torção uma sobre a outra. No indivíduo adulto, esse osso é constituído pela fusão de três ossos primitivos: ílio, (local da fratura patológica da paciente do caso apresentado nesta monografia), ísquio e púbis. Acrescentando-se os músculos que ocupam a base do anel (músculos do soalho

pélvico), o conjunto tem a forma de uma bacia que suporta o tronco e o peso da parte superior do corpo. Sendo o lugar pelo qual os fêmures articulam-se com o tronco, pelve é um elemento de transmissão de pressões, causadas pelo peso do corpo e contrapressões vindas do solo através dos músculos inferiores (Fig. 4). Em um membro inferior, na posição anatômica, podem ser distinguidos três eixos (Fig. 5).

Caixa Torácica que é composta pelas vértebras torácicas, na parte posterior, e pelas costelas e o esterno, anteriormente. O esterno é um osso plano situado na parte anterior do tórax, constituído de três partes: manúbrio do esterno, corpo do esterno e processo xifóide. A parte superior do manúbrio é articulada com a clavícula. Em seguida, há as margens laterais do esterno que apresentam sete incisuras que recebem as sete primeiras cartilagens costais.

Ombro não é uma articulação única, como o quadril; é um conjunto anatômico e funcional permitindo a união do membro superior ao tórax. Entende-se por ombro a articulação que une o úmero à escápula. A escápula é como uma plataforma orientável, unida ao tórax por meio da clavícula, o que faz parecer duas articulações suplementares: *acromio-clavicular*, entre escápula e clavícula e *esterno-clavicular*, entre esterno e clavícula (Fig. 6).

O ombro compreende três articulações às quais acrescentam-se importantes planos de deslizamentos. São definidas duas regiões com funções diferentes: o conjunto escapulotorácico e o conjunto escapuloumeral (Calais-Germain, 2002).

Coluna cervical forma o esqueleto do pescoço. É definida, em duas partes, por Calais-Germain: a *Coluna Cervical Suboccipital* (parte atípica) formada pelas duas primeiras vértebras C.I ou Atlas (que se encontra exatamente sob o crânio) C.II ou Áxis, sendo que ambas têm uma forma e funcionamento específicos, e *Coluna Cervical*, parte típica de C.III a C. VII, onde as vértebras possuem as mesmas características (Fig. 7).

Eixos das Articulações: *“Em virtude da incongruência das superfícies articulares e dos movimentos de rolamento, deslizamento e rotação, os eixos articulares animais são complexos. O eixo não permanece estacionário, como em uma articulação de dobradiça mecânica, mas move-se à medida que a posição da articulação altera-se, usualmente seguindo uma trajetória curva. O maior movimento dos eixos ocorre no joelho, cotovelo e*

punho. Além disso, os eixos das articulações raramente são exatamente perpendiculares aos eixos longitudinais dos ossos, mas freqüentemente são oblíquos” (Smith, 1997).

Cinestesia e Propriocepção

Cinestesia (do grego: **Kinen** = mover; **aisthesis** = percepção) é o conhecimento e o sentido de posição. Tratados muitas vezes como sinônimos os dois termos são usados para todos os aspectos dessa percepção, quer estática quer dinâmica. O termo *Sentido de Posição* refere-se ao conhecimento da posição estática e o termo *Cinestesia* ao conhecimento do movimento dinâmico articular.

Os sinais cinestésicos são gerados em vários tipos de receptores sensitivos que residem nos músculos, tendões e articulações em respostas aos movimentos do corpo e à tensão dentro dos tendões. Em VELA-item 21.6, Sándor esclarece: *“do lado neurológico pode-se considerar o fato de que só uma porcentagem pequena dos movimentos executados origina-se de atos volitivos, consistindo a maior parte em movimentos involuntários. Trata-se aqui da coordenação do trato piramidal e do sistema extrapiramidal pelo sistema cerebelar. O cerebelo tem três funções: manter o equilíbrio, participar na regulação do tônus muscular e coordenar todos os movimentos voluntários e involuntários. Equaciona os efeitos da gravidade e da inércia em todas as alterações, voluntárias e involuntárias, da posição da cabeça, do tronco e das extremidades; regula a interação de agonistas e antagonistas quanto à seqüência temporal dos movimentos. O sistema extrapiramidal influencia o tônus dos músculos estriados, determina a extensão e decorrência da inteira atividade motora espontânea. Fornece impulsos para todos os movimentos de reação, expressão para o todo da conduta motora individual . Está em condições de assumir complexos de atividades aprendidas mas depois automatizadas como andar, nadar, dirigir carro ou bicicleta e outras habilidades mais simples ou mais complicadas. Participa de todos os movimentos voluntários modificando-os de uma ou de outra maneira e com isso outorga às atividades voluntárias cunho e colorido individuais.”*

A **Propriocepção** é um termo mais abrangente do que cinestesia (do latim **proprio-** de si mesmo, mais **ceptive**, receber- recebe de si mesmo).

A propriocepção refere-se ao uso do “input” sensitivo a partir de receptores nos fusos musculares, tendões e articulações para discriminar a posição articular e o movimento

articular, como a tensão relativa dentro dos tendões. Para alguns neurofisiologistas, os receptores vestibulares estão incluídos. O “output” do aparelho vestibular fornece conhecimento consciente da orientação e movimento da cabeça. Algumas fibras aferentes são as que transmitem os impulsos proprioceptivos integrados em vários centros sensitivo-motores para regular automaticamente os ajustamentos nas contrações dos músculos posturais, desse modo mantendo o equilíbrio postural.

Há ainda os “inputs” somatossensitivos (do grego *soma* - corpo, mais do latim *sensorius* - pertinente a sensação), importantes para a manutenção do equilíbrio.

As sensações de pressão nas plantas dos pés fornecem informações acerca da distribuição de carga entre os dois pés e se o peso está mais para frente ou para trás sobre os pés. Imagens visuais da localização do corpo e de partes do corpo em relação a pontos de referência no ambiente fornece a informação complementar para manutenção do equilíbrio. O “input” visual é o recurso principal de manutenção de equilíbrio quando o sistema da propriocepção está alterado.

O equilíbrio não é só importante para a atividade cotidiana, mas também na prática de esportes ou quando está avaliando-se comprometimentos do equilíbrio para a busca de soluções para os problemas de equilíbrio.

Henry Head (Freitas, 2004), neurologista da escola britânica e interessado no estudo dos nervos periféricos, principalmente nas funções nervosas associadas à sensação, demonstrou a existência de duas classes de sensações: a *protopática* (protopathic) e a *epicrítica* (epicritic). Sándor (1974) enfatiza essas duas classes ao se referir à Calatonia e à sensibilidade cutânea. A sensação protopática, (do grego *proto*= tenro e *pathos* = emoção), compreende as formas mais primitivas surgidas ao longo da evolução humana. São sensações não objetivadas, não sendo localizadas com precisão pelo sujeito que as vivencia.

Lúria (1991) afirma: *não refletem as protopáticas, com a devida precisão os objetos concretos do mundo exterior, têm caráter imediato, estão distantes do pensamento e não podem ser divididas em categorias precisas que possam designar-se com certos termos genéricos. Por sensação epicrítica (superior, superficial, susceptível de elaboração complexa) entendem-se os tipos superiores de sensação que não têm caráter subjetivo,*

estão separados dos estados emocionais, apresentam estrutura diferenciada, refletem as coisas objetivas do mundo exterior e estão bem mais próximas dos complexos processos intelectuais.

Head, em seus estudos, descobriu que, ao eliminar ambas as classes de sensações, surgia um sistema ainda mais primitivo, denominado por ele de sensibilidade profunda. Tal sistema relaciona-se com o sentido postural, fornece localização do corpo no espaço e permite a estimativa de todos os movimentos do corpo, como a estimativa do espaço através do nosso corpo. Nosso conceito de espaço e movimento é determinado por um padrão básico de posturas corporais (Brodal, 1979).

Denominado por Head de esquema (*schema*), atua de maneira inconsciente, embora sendo básico para a consciência do espaço e do movimento. Ainda, segundo Head, *qualquer coisa que participe do movimento consciente de nossos corpos é adicionada ao modelo de nós mesmos e se torna parte desses esquemas através de alterações permanentes de posição; estamos continuamente construindo um modelo postural de nós mesmos que está se modificando constantemente.*

Da escola vienense de neurologia, Arnold Pick, em 1908, fez referência a uma imagem mental do corpo, formada através de estímulos visuais, mas também de sensações táteis e das de movimento (cinestesia).

Na disfunção da imagem corporal, estudada por Poetzl e Pineas – impercepção (Gorman, apud Freitas, 2004), o paciente nega a existência de uma parte do corpo. Esses estudos apontam para o problema da relação entre percepção de um membro através da visão ou da sensação e a sua concepção, e essa integração percepto-conceito está presente na imagem corporal. Portanto, para a escola vienense, imagem do corpo compreende as sensações internas e externas da vivência do sujeito, implicando as significações dessa vivência sendo fundamental o papel da memória e dos aspectos cognitivos.

Para Schilder, neurologista, fisiologista e psiquiatra, a labilidade da imagem corporal é justificada por receber influência dos estados emocionais, os conflitos psíquicos, e intercâmbios com as imagens corporais alheias. Além disso, considera Schilder, de fundamental importância para a construção o elemento social, pois *“somos um corpo entre corpos. Todas as pessoas que se encontram fora de nós são necessárias para a construção*

da imagem do nosso corpo”. E completa que “....a destruição da imagem corporal, é uma fase parcial da construção, que é um projeto e a característica geral da vida. Destruímos para reconstruir” (Schilder, 1994). “Imagem do corpo” é, portanto, o conceito e a vivência que se constrói sobre o esquema corporal e que traz consigo o mundo humano das significações. Estão presentes os afetos, os valores, a história pessoal marcada nos gestos, no olhar, no corpo que se move, que repousa, que simboliza (Freitas, 2004). Afirmo ainda que a imagem do corpo é, pois, uma reconstrução constante do que o indivíduo percebe de si e das determinações inconscientes que ele traz de seu diálogo com o mundo.

O corpo vivenciado, como corporeidade, é sem dúvida o meio no qual e por meio do qual se realiza o processo da vida. Em momentos nos quais a vida é desvitalizada por uma enfermidade no corpo, propõe Sándor, em VELA, item 30.6, que o terapeuta não fique perplexo, confuso, perante queixas variadas, resistências, desânimos. Mas tente olhar para dentro de si mesmo e dizer: *“essa pessoa perdeu seus Pontos de Apoio. Tentemos reconduzi-la para eles e reajustá-la”*.

Encontrar, organizar e reorganizar os pontos de apoio, o equilíbrio do corpo e o sustento no espaço na posição em pé que é situação cotidiana do homem. No caso do paciente deitado na cama do hospital, sua referência de apoio passa a ser o osso occipital, escápulas, região dorsal, glúteos, sacro e calcâneos. A posição *deitada* em relação à posição *em pé* altera a *propriocepção*. Como também na posição deitada em relação à posição em pé, o paciente tem pouco controle visual e alerta frente aos estímulos, principalmente os externos. Na posição deitada o doente além do desconforto próprio da doença está em “posição indefesa”. No contexto do hospital e no adoecer o paciente pode perder também esse referencial na sua identidade que lhe confere a percepção de seus eixos quando está em pé.

3.2.5 – Descrição das Técnicas do Método Calatônico

Técnicas da Calatonia Básica

A Calatonia é aplicada nos pontos mostrados na Figura 9. Para a aplicação da Calatonia nos pés, o paciente deve deitar-se em decúbito dorsal, com os braços bem abertos ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para cima. Sugere-se que feche os olhos,

podendo abri-los se quiser. Solicita-se que aceite as mudanças que poderão ocorrer em seu estado geral, sem procurar interferir e que não pense em relaxar, apenas que “deixe acontecer”.

O terapeuta senta-se num banquinho aos pés da cama e toca os pés do paciente, sem apertar, movimentar ou massagear, apenas limitando-se ao contato suave. Nos artelhos, o estímulo é aplicado nas falanges distais, mais precisamente, na base da unha. Cada toque deve ter a duração aproximada de 1 a 3 minutos. Os pés são tocados simultaneamente na seguinte seqüência:

Local do toque no paciente	Execução do toque pelo terapeuta
1 – terceiro artelho	<i>Tocar com o dedo mediano acima e polegar na polpa do terceiro artelho.</i>
2 – segundo artelho	<i>Tocar com indicador e polegar.</i>
3 – quarto artelho	<i>Tocar com anular e polegar.</i>
4 – quinto artelho	<i>Tocar com mínimo e polegar.</i>
5 – hálux	<i>Tocar com todos os dedos, estando o polegar por baixo, indicador e mínimo nas laterais e os anulares e medianos em cima, na base da unha.</i>
6 – 1º ponto – planta dos pés – arco longitudinal extremidade metatársica	<i>Tocar com os dedos indicador, médio e anular juntos.</i>
7 – 2º ponto – concavidade do arco longitudinal	<i>Tocar da mesma forma que em 6 (anterior).</i>
8 – calcanhar	<i>É apoiado suavemente pelas mãos, cujos dedos tocam logo abaixo dos maléolos mediais, por um lado, e os polegares circundam os maléolos laterais pelo outro lado.</i>
9 – perna	<i>Tendo o calcanhar apoiado no antebraço, tocar o ponto com os dedos indicador, médio e anular juntos.</i>

Quando for contra-indicado o trabalho corporal na área dos pés (amputação, micose, eczema, mau cheiro, etc.) ou devido a alguma outra razão parece mais adequado iniciá-lo pelos membros superiores, pode-se optar pela seguinte seqüência das mãos:

Posição do paciente:

- em decúbito dorsal, levanta os braços, que não deverão estar em ângulo superior a 90°, em relação ao corpo;
- palmas das mãos voltadas para cima;

- se as mãos do paciente não se apóiam na cama, deve-se colocá-las sobre almofadinhas.

Toques:

- tocar nos dedos e nas palmas das mãos, da mesma forma como na seqüência dos pés, mas o polegar deverá tocar a base da unha e outro dedo deverá tocar na polpa do dedo correspondente no paciente;
- o 8º toque consiste em segurar o pulso – sem algemá-lo;
- o 9º toque é pulso sobre pulso, repousando as mãos suavemente sobre os antebraços do paciente, sem exercer pressão ou imobilizá-los, o que poderá causar uma desagradável sensação de dominação ou imposição.

Para aplicação das técnicas na cabeça do paciente, deve-se segurá-la com as duas mãos, tendo as pontas dos dedos unidas na fossa occipital, as orelhas entre os dedos e os polegares.

Técnicas da Descompressão Fracionada

A Descompressão Fracionada pode ser realizada em qualquer área do corpo: no tórax, no rosto, cabeça, na área das costas, na perna. A estimulação é realizada basicamente em três etapas:

- na primeira etapa, o terapeuta coloca as mãos sobre a pele do paciente, exercendo sobre a área de contato um toque firme, de maneira a exercer certa pressão, ainda que de forma bastante suave. Mantém a mesma pressão suave durante o tempo de duração de aproximadamente três ciclos respiratórios do paciente;
- no início do quarto ciclo respiratório, o terapeuta começa a sutilar a pressão exercida por suas mãos. No sétimo ciclo, seu toque deve ser o mais sutil possível. O sutilar do contato ocorre no início da expiração do paciente, em três tempos do ciclo respiratório do paciente;

- a partir do sétimo ciclo, o terapeuta deve manter as suas mãos ainda em contato com o corpo do paciente de maneira sutil, durante três ciclos da respiração do mesmo.

Farah (1995, p.312-316) apresenta a descrição das técnicas com maiores detalhes.

A sincronização entre ritmos respiratórios, entre paciente e terapeuta, estabelecida gradativamente depende do preparo do terapeuta e de sua familiaridade com as técnicas, bem como suas condições para lidar adequadamente com suas próprias tensões corporais.

Considerada uma técnica útil no trabalho com pacientes que apresentam dificuldades em lidar com os limites em termos dos limites do próprio corpo, assim como na vida em geral.

Toques de Reajustamento nos Pontos de Apoio do Corpo

Consistem em toques suaves, realizados pelo terapeuta na pele do paciente. São utilizados quando se pretende estimular especificamente os pontos em que se apóia a estrutura do corpo do paciente. Os locais de toque consistem, em sua grande maioria, nas articulações. Enumerar aqui os pontos seria uma tarefa demais extensa. Genericamente falando, podemos considerar como ponto de toque cada uma das articulações do corpo (Farah, 1995, p. 316-319).

3.3 – PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO DO MÉTODO CALATÔNICO PARA USO EM HOSPITAIS

As dificuldades normalmente encontradas dentro do contexto hospitalar, levaram-me a adaptar as técnicas para aplicação da Calatonia Básica e da Descompressão Fracionada – de Pethö Sándor – conforme descritas anteriormente. Provavelmente, devido a essas dificuldades, tenho observado que o uso dessas técnicas, como um recurso psicoterápico, tem tido aplicação bastante limitada dentro dos hospitais.

Essas dificuldades estão relacionadas com os obstáculos existentes que limitam o espaço físico dos quartos ou dos leitos nas enfermarias. Os procedimentos no corpo do paciente também constituem-se em obstáculos à atuação do terapeuta. Outro aspecto relevante

refere-se ao tempo mais restrito disponível dentro desse contexto desfavorável para a aplicação da Calatonia Básica da forma como é possível dentro do ambiente de um consultório devidamente organizado para esse fim.

Após vários anos de experiência com a prática clínica em consultório próprio, fazendo uso constante dos recursos das mencionadas técnicas de Sándor, em condições sempre favoráveis, deparei-me com essas dificuldades, quando comecei minha trajetória dentro de hospitais para atender pacientes com câncer.

Dentro de um contexto hospitalar, há que se considerar a posição anatômica do corpo do paciente. No paciente hospitalizado – normalmente deitado no leito – o contato com os pontos de apoio do seu corpo muda em relação à posição em pé, tomando como referência a linha de força gravitacional. Na posição deitada, as referências de apoio são: o osso occipital, as escápulas, a região dorsal, os glúteos, o sacro e os calcâneos. Nessa situação, o paciente perde seus pontos referenciais habituais da posição em pé, entre tantas outras perdas do seu cotidiano, em virtude do seu estado de adoecer. Simbolicamente, seus apoios internos, que lhe conferem identidade, de acordo com sua subjetividade, também são alterados.

Com o propósito de proporcionar um mínimo de conforto possível quanto ao bem-estar e qualidade de vida do paciente, vislumbrei a possibilidade da aplicação parcial das técnicas do Método Calatônico, com algumas adaptações, em alguns dos pontos referenciais de apoio possíveis de serem tocados, de acordo com a realidade de cada paciente (Fig. 8).

Para fazer essas adaptações, cujo objetivo é o da reorganização fisio-psíquica do paciente, há ainda que se considerar os aspectos simbólicos que estão desorganizados, fazendo-se necessário que o terapeuta auxilie o paciente a encontrar o reajuste de seus pontos de apoio intrapsíquicos.

Minha adaptação consistiu na reunião das três modalidades das Técnicas de Sándor – *Calatonia Básica*, *Descompressão Fracionada* e *Toque de Reajustamento nos Pontos de Apoio do Corpo*, em **Um Único Toque**, proposta que visa simplificar e facilitar o uso

desse recurso psicoterápico, também com o propósito de buscar a integração psicofísica e a reorganização da imagem e do esquema corporal do paciente.

Elegi essas modalidades por considerar que essas técnicas, quando reunidas num único toque, amplificam a atuação do toque, permitem a reorganização dos vários estímulos desconfortáveis e promovem peculiar harmonia no corpo doente. Harmonia essa que reverbera no psíquico, proporcionando ao paciente, no contexto hospitalar, equilíbrio, conforto, bem-estar, tanto no físico como no psíquico. A sequência dos toques, por mim adaptada, segue os seguintes passos:

a) Toque nos Pés (Fig. 3)

- o toque é feito com os quatro dedos das mãos nos pontos de apoio do calcâneo;
- a eminência tenar das mãos toca a cabeça do quinto metatarsal dos pés;
- a eminência hipotenar das mãos toca a cabeça do primeiro metatarsal dos pés

Os Toques são feitos de forma suave na pele do paciente, como se faz na Calatonia Básica. Ao perceber o efeito do Toque, o terapeuta vai suavizando-o de acordo com a expiração do paciente, como na Descompressão Fracionada. Deve o terapeuta observar as reações fisionômicas do paciente, bem como as reações corporais, tais como: cor da pele, expressões faciais de choro, dor, riso, desconforto. Também deve atentar para as possíveis expressões verbais.

b) Toque na Tíbia (Fig. 10)

O toque é feito com a mão espalmada na tíbia do paciente, como na Calatonia Básica. Da mesma forma que na Descompressão Fracionada, alivia-se o toque a cada expiração do paciente e deve-se ter a atenção focada nas suas reações físiopsíquicas.

c) Toque nos Joelhos (Fig. 10)

O toque é feito com a mão acolhendo a patela dos joelhos, na região palmar das mãos. Com toques suaves, como na Calatonia Básica e na Descompressão Fracionada, deve-se aliviar o toque durante a expiração, observando com foco as reações físico-psíquicas do paciente.

d) Toque na Cintura Pélvica (Fig. 11)

O toque é realizado na crista ilíaca ou na cabeça do fêmur como nos anteriores.

e) Toque no Osso Esterno e Diafragma (Fig. 12)

O toque é feito como nos anteriores; o terapeuta deve estar muito mais atento às reações físico-psíquicas do paciente ao tocar no osso esterno.

f) Toque na Cintura Escapular (Fig. 13)

O toque é feito no osso acrômio com uma das mãos e a outra tocando na região da escápula; toques suaves como na Calatonia Básica e Descompressão Fracionada, durante a expiração do paciente.

g) Toque na Cabeça

O toque é feito na região occipital e frontal, simultaneamente; e, em seguida, realiza-se a Descompressão Fracionada, observando as reações do paciente para executar o suavizar do toque. Os toques são realizados com a seqüência possível para cada aplicação, em função das dificuldades do paciente no contexto hospitalar.

IV - MÉTODO

O tema da pesquisa de adaptar o Método Calatônico de Pethö Sándor para uso no contexto hospitalar, verificar e descrever as reações psicofísicas apresentadas por uma paciente com câncer hospitalizada, foi desenvolvido através de uma investigação qualitativa.

Martins e Bicudo (1992) assinalam que a pesquisa qualitativa contrapõe-se à idéia de generalizações e objetiva a compreensão dos fenômenos estudados.

Neder (1993) ressalta que na pesquisa qualitativa vamos compreender o fenômeno que se mostra, que se expressa no contexto vivido, sendo assim o fenômeno estudado nas suas qualidades essenciais, especificidades e peculiaridades, ou seja, a abordagem é individual, diferenciada.

Diante de tais pressupostos, o pesquisador não deve fazer generalizações, mas sim deve trabalhar, descritivamente, a singularidade de cada indivíduo. Constitui-se, então, como o mais importante instrumental de trabalho, à medida que a habilidade criativa de ver, observar, escutar, intuir, interpretar e compreender o que está ocorrendo, estará presente o tempo todo na sua ação metodológica. O pesquisador pode fazer uso de instrumentos diversos, incluindo técnicas conhecidas e vivenciadas em sua experiência diária.

Neder (1993) destaca ainda que, na pesquisa qualitativa, a análise processa-se pela descrição. Assim, deve ser a mais completa possível observando todas as possibilidades expressivas de manifestação ou exposição do fenômeno, bem como seus diversos aspectos constituintes. Após todas essas colocações, a autora salienta que a análise descritiva não concluirá por ser certa ou errada.

Com a presente paciente, foram tomados os cuidados éticos recomendados para a realização de pesquisas com seres humanos. Foi observado um termo de consentimento livre, o qual foi apresentado e discutido com a paciente. Após sua autorização, foi colhida a sua assinatura, em duas vias. Essa coleta foi realizada em momento pertinente, quando a paciente já apresentava melhora clínica e psicológica. Foram assegurados à paciente, o sigilo e a privacidade de conteúdos da história de vida pessoal e íntima da paciente. Houve

o comprometimento de se oferecer uma entrevista devolutiva à paciente e a seus familiares conjuntamente.

4.1 – DO LOCAL DO ESTUDO

- Centro de Referência da Mulher – Hospital Pérola Byington – São Paulo – Brasil.
- Na enfermaria do 3º. andar – de casos críticos – quartos com 2 leitos – pacientes com pouca possibilidade terapêutica.

4.2 – DO SUJEITO

Sujeito: O sujeito do estudo trata-se de uma mulher de 38 anos, com 5 (cinco) filhos, solteira, com nível de escolaridade primária. Com diagnóstico clínico de metástase óssea e fratura patológica no osso ílio. Parestesia no membro inferior direito.

4.3 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- O Método Calatônico adaptado.
- Psicoterapia Breve – 5 sessões
- Entrevista Psicológica com a Equipe de Saúde.

4.4 – PROCEDIMENTOS

Considerando o fato de que o caso em estudo refere-se ao de uma mulher com Câncer, optou-se pela apresentação e descrição do caso, o qual foi organizado através de categorias. Será ilustrado em vários momentos, com inserções das falas do sujeito. A paciente foi encaminhada pela Diretora do Departamento de Psicologia do Hospital Pérola Byington, Alcina Meireles. O atendimento se deu durante um intervalo de doze dias, num total de cinco sessões. Para cada sessão, dirigia-me ao leito da paciente onde a mesma era atendida. No mesmo quarto existia mais um paciente que, durante o atendimento, também permanecia no quarto. Após a 1ª sessão a Diretora e eu solicitamos uma entrevista com o médico responsável pela paciente. A acompanhante da paciente, sua filha, recebeu atendimento sempre que foi avaliado como sendo necessário. Após a alta, a paciente foi encaminhada ao serviço de atendimento domiciliar do hospital (UCCPA).

V - ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO

Data do 1º Atendimento: 06/08/05
 Numero de sessões: 5 (cinco)
 Período: entre 06/08/05 e 18/08/05

A - IDENTIFICAÇÃO

Nome: I.B.R.
 Idade: 38 anos
 Grau de Escolaridade: primário
 Profissão: Doméstica
 Atividade nos últimos anos: faxineira, acompanhante de idoso
 Estado Civil: solteira – mãe de cinco filhos

B – DIAGNÓSTICO

- C.A. de colo de útero sangrante, diagnóstico em 2003. Fez cirurgia de Werthern-Heics. Radioterapia pré-operatória no Hospital do Câncer.
- Metástase óssea, quadro atual.
- Fratura Patológica no Osso Ílio, lesão expansiva/infiltrativa - está com tração de 2Kg. E parestesia do membro direito inferior.

C – ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

A paciente foi encaminhada para atendimento psicológico conosco pela Diretora do Departamento, que solicitou minha participação com o Método Calatônico, tendo em vista que o caso apresentava um quadro de crise. No momento do encaminhamento, I.B.R. apresentava dores que vinham dificultando sua comunicação com a equipe. Foi submetida a atendimento psicológico com Alcina, realizando uma Visualização (Hipnoterapia). A paciente apresentou boas respostas fisiológicas durante o trabalho, tendo sido participativa, mas não houve a possibilidade da própria paciente conduzir o trabalho de Visualização, pela intensidade da dor. Como apontaria Grau (2004), uma vez que não foi realizado um

treinamento, utilizando-se da técnica de hipnoterapia antes do agravamento do caso, não ocorreu um resultado mais satisfatório.

Quando encaminhada para o trabalho conosco, a paciente queixava-se de não conseguir dormir devido às intensas dores, tendo solicitado a retirada do peso em sua perna direita. Ainda sem um diagnóstico claro sobre sua situação, estava sentindo-se insegura no hospital, provocando impaciência e falhas de comunicação junto à equipe de enfermagem.

Com a visão de trabalho em equipe, fui solicitada para atuar nesse caso, com o objetivo de alívio do estresse causado pela dor e uma tentativa de obter o relaxamento da paciente. Para esses Cuidados Paliativos em pacientes terminais de câncer com dor, os recursos utilizados do Método Calatônico, foram por mim adaptados para esse tipo de contexto.

A paciente encontrava-se internada no 3º andar do Hospital (andar dos casos críticos, com quartos que possuem dois leitos e com poucas possibilidades terapêuticas).

Tratava-se uma mulher morena clara, de cabelos pretos encaracolados e longos. Com olhos amendoados e expressivos. Estatura *mignon*, com traços de corpo bem feitos, ainda presentes, apesar da dor e da doença. Mulher com um estilo próprio de beleza e feminilidade. Mãe de cinco filhos com idades variáveis: 22, 19, 18, 15 e 12 anos. Dois desses filhos são do mesmo pai. Relatou que, quando solteira, havia morado com o pai desses dois primeiros filhos mais velhos. Tinha como sua acompanhante sua filha.

1º. Atendimento:

Quando entramos no quarto, a filha (cuidadora) estava tentando alimentar a sua mãe (a paciente). Não estava sendo possível para ela alimentar-se, em virtude das fortes dores. A paciente encontrava-se sentada com a perna direita, que é o lado da lesão, para fora da cama, com um peso de tração preso a sua perna. Sua aparência de dor era de visível desespero.

Fui apresentada à paciente e ela concordou com o trabalho que eu iria fazer. Observei a filha, menina ainda. Olhava para nós e seus olhos transmitiam esperança e alívio. Nessa

sessão, organizei minha atuação e estabeleci meu caminho no sentido de aplicar o Método Calatônico, com as adaptações julgadas por mim necessárias. Habitualmente, em meus atendimentos utilizo, como instrumento terapêutico, o Trabalho com Toque, não só pela facilitação de relaxamento que tal instrumento propicia, mas também por ele servir como um referencial de orientação para a elaboração de um diagnóstico.

Solicitei à filha (acompanhante) que se sentasse em uma cadeira próxima à cama ocupada pela paciente.

A paciente deitou-se na cama com muita dificuldade para movimentar-se. Sentia muitas dores. A comunicação comigo restringia-se a “sim”, “não”, “dá”, sem conseguir formar uma frase completa devido às dores intensas. À medida que o trabalho evoluía, fui percebendo alterações em sua expressão facial e seu olhar parecia demonstrar confiança no trabalho que estávamos realizando. Também na sua comunicação pelo olhar, parecia existir uma “súplica”, acompanhada de gemidos de dores insuportáveis. Diante desse quadro, eu tive a certeza de que, naquele momento, o único alívio que poderíamos oferecer a ela, seria a retirada da tração presa a sua perna.

A enfermagem já havia feito uma observação de que ela era uma paciente “difícil”.

Enquanto trabalhava, continuei a observar a paciente que estava deitada na posição decúbito dorsal – posição sugerida para aplicação da técnica da Calatonia, considerada também Posição Anatômica nas referências da Cinesiologia.

A fratura patológica da paciente localizava-se no lado direito no osso ílio. O peso de dois quilos, que estava amarrado em sua perna direita, preso ao tornozelo, tinha como finalidade, segundo o prontuário, fazer a tração. Diante desses dados e considerando a necessidade da paciente movimentar-se, devido à agitação motora causada pela dor e, também, por não se encontrar imobilizada, eu tentava entender qual era a relação entre esse peso de dois quilos e os movimentos que ela procurava fazer.

Comecei a questionar comigo mesma: *“se ela está com o peso para fazer tração, qual é o objetivo clínico dessa tração? Seria o de solidificar os ossos? Como, se eles estão*

atingidos pelo câncer?”. Considerando que ela estava com fratura patológica nos ossos e que esse é um local de músculos, ligamentos, tecidos e outros, há grande intercâmbio entre eles no momento de movimento de uma postura para outra, em função da existência dos pontos de apoio pelos eixos anatômicos. Sua fratura está no eixo pélvico, sendo que qualquer movimento corporal que ela tentasse fazer, atingiria a região da pelve. Seu ponto de apoio, na posição deitada, parecia sofrer um desequilíbrio, certamente provocado pelo peso de tração.

A filha estava sentada na cadeira próxima à cama a uma distância em que era possível colocar a mão direita no corpo da paciente e a esquerda, ao mesmo tempo, no corpo da sua filha. Nesse primeiro atendimento iniciei o trabalho simultâneo de relaxamento na mãe e na filha, após perceber o estresse das duas, com o objetivo de promover alívio e também cuidar do estresse do cuidador.

Assim que a filha atingiu o relaxamento fisiológico, orientei-a para que colocasse uma de suas próprias mãos no seu osso esterno e a outra mão no seu umbigo.

Passei novamente a trabalhar só no corpo da paciente, sempre na região acima da sua lesão. O trabalho com o Método Calatônico, adaptado para o contexto hospitalar no atendimento dessa paciente, foi aplicado com a adoção da seguinte seqüência:

- toques na região do osso esterno;
- toques nas articulações dos dedos da mão esquerda, do lado oposto ao da perna com o peso. (Esse procedimento refere-se a uma das técnicas de Sándor, consistindo em toques suaves em cada uma das articulações dos dedos. Seu principal objetivo é a distração causada pelos movimentos monótonos junto com a respiração);
- toques no diafragma e
- toques na cintura escapular do lado oposto ao da lesão.

A resposta ao relaxamento fisiológico foi imediata. A paciente, durante todo o trabalho, manifestava períodos de descanso nos quais estava recebendo os benefícios do estado de relaxar–descansar. Passava desse estado de descanso para outro de intensas

movimentações corporais provocadas pelas dores. A alternância desses estados provoca obstáculos à atuação do terapeuta, na aplicação das técnicas, situações estas que são bastante frequentes nos casos de pacientes de câncer com dor.

Devido a essas dificuldades, os toques foram, então, modificados em função da manifestação corporal que a dor lhe causava. Mesmo durante o estado de relaxamento, as expressões fisionômicas ainda demonstravam o estresse da paciente.

Ao finalizar essa primeira etapa do trabalho com a mãe, passei ao trabalho com a filha que se encontrava sentada na cadeira, com a mão direita no osso esterno e a esquerda no seu umbigo. Pedi-lhe que inspirasse e, ao expirar, fosse soltando, lentamente e, ao mesmo tempo, suas mãos de seu corpo, e também que ela fosse acompanhando as minhas falas: *“inspire e expire e vá aliviando o toque de sua mão”*.

A filha, de olhos fechados, foi tocada novamente no osso esterno. Nesse instante, ela (a filha) fez uma intensa expressão de choro, que não se concretizou. Meu objetivo com esse toque foi o de facilitar a expressão de suas emoções. Demonstrava em sua fisionomia um estado de relaxamento fisiológico, observado pela soltura dos membros inferiores e superiores e das mudanças na cor da pele do seu rosto. Na seqüência, executei um Toque na tíbia e nos joelhos. A filha expressou um largo sorriso que logo se fechou. Contraiu a fisionomia e eu tive a impressão de que ela iria chorar, mas não chorou. Sua expressão foi, ao pouco, aliviando-se.

Diante dessa intermitência emocional observada nas expressões faciais da filha, repeti, passo a passo, todos os toques anteriores, nesta seqüência: *toque no osso esterno, toque nos joelhos, toque no quadril, toque na articulação femural, na crista ilíaca e, no diafragma; novamente, no osso esterno, na cabeça, na altura do osso frontal e temporal e, na cintura escapular e no osso acrômio*.

A seqüência foi finalizada, com toques sutis, contornando o corpo todo para proporcionar à filha a noção de limite entre o seu interno e o externo, através da própria pele, com a finalidade de estimular a percepção do seu próprio corpo. A filha sentiu-se muito leve depois do trabalho.

Antes da minha retirada do quarto, ainda se fez necessário acomodar a paciente na cama de forma mais confortável. Por tentativas, fui ajeitando-a na cama, até encontrar uma posição que lhe proporcionasse melhor sensação corporal e também maior conforto. Orientei a filha para que nos momentos das crises de dores de sua mãe procurasse confortá-la através dos Toques Sutis, como ela aprendeu e recebeu, evitando com isso solicitar de imediato a medicação.

Deixei mãe e filha juntas. No “postinho” do Hospital, conversamos com o corpo de enfermagem. Percebi, nos enfermeiros, um estado de humor não muito favorável em relação a paciente. Para eles, estava muito difícil lidar com a paciente por causa da dor que ela sentia. Muitas vezes ao dia, através da filha, pedia remédios para aliviar a dor. Essas atitudes vinham sendo consideradas pela enfermagem como falta de disciplina e colaboração da paciente que não queria continuar com o peso de tração atado em seu tornozelo e que esse seu comportamento nada estava ajudando no seu tratamento, só causando mais dor.

Foi necessário discutir e ponderar junto com o corpo de enfermagem sobre o mau humor que essa paciente provocava nessa equipe, devido as suas constantes solicitações. Procuramos mostrar a diferença entre tentar livrar-se da dor através do remédio e a desagradável sensação de “passar a ser uma dor” como era o estado da paciente. Após o trabalho com o corpo de enfermagem reunimo-nos com o médico oncologista de plantão. Solicitamos a ele que, através das radiografias e tomografias, esclarecesse-nos sobre o quadro clínico da fratura patológica da paciente. Dessa reunião, o médico concluiu que o peso colocado no pé da paciente, não estava sendo útil. Decidiu retirá-lo imediatamente.

2º. Atendimento:

No 2º atendimento ainda não foi possível uma conversa direta com a paciente.

A retirada do peso proporcionou o alívio das dores, mas elas ainda estavam no limite do insuportável. O Relaxamento, através da respiração, possibilita benefícios ao paciente tais como redução do batimento cardíaco e reorganização da respiração, eliminando as

sensações físicas como também as desnecessárias fantasias estimuladas por essas sensações.

Percebi nessa paciente força para encaminhar situações que dizem respeito as suas responsabilidades construídas pelos caminhos de sua vida. Existiam tarefas prioritárias que não estavam sendo encaminhadas, mas apesar de estar com seu câncer avançado, emocionalmente a sua energia estava totalmente voltada para a sua responsabilidade com as coisas da vida.

Em conversa com a filha concluí que nossa percepção estava na direção certa e que nossa atuação deveria dar-se, então, no sentido de conseguir, dentro do menor tempo possível, que a paciente estivesse em condições mínimas de ela própria dar direção ao que fosse necessário.

Para tal, procuramos organizar-nos e interagir com a equipe médica adequada para o caso. Fizemos uma reunião, no corredor do hospital, com o médico oncologista, especialista em dor, o qual aguardava conclusões do diagnóstico da paciente para tomar providências com a medicação adequada. Através da Psicóloga-Diretora do Departamento de Psicologia do Hospital, o diagnóstico foi imediatamente encaminhado para o médico da Dor, pela médica oncologista responsável do andar. O médico da Dor, alertou-nos para a insegurança que a paciente, com razão, estava sentindo, solicitando constantemente o pedido de alta. O médico ressaltou a importância que estava sendo esse nosso trabalho para o resgate da confiança da paciente na equipe do hospital. Essa confiança é fundamental em Cuidados Paliativos, para a qualidade de vida do paciente fora de possibilidade.

3º. Atendimento:

Com a medicação acertada, foi possível conversar com a paciente. Ela também conseguiu tomar um banho com a ajuda da filha. Nessa sessão foi que se deu a nossa primeira comunicação verbal. Nessa oportunidade, contou-nos sobre a sua vida nos tempos em que tinha saúde e que era muito bonita e muito assediada pelos homens, que ela gostava mesmo era de dançar, ir a bailes na sua juventude e o quanto a sua mãe tentava alertá-la sobre suas responsabilidades. Mas ela não ouvia os conselhos da mãe que era separada do seu pai. Foi

assumindo os filhos que vinham. Considerava ser de muita responsabilidade o papel de mãe. Contou-nos ainda das suas preocupações com os filhos sem a presença dela em casa, suas preocupações com o INSS e seu sonho de sair da casa onde mora, ir para um local onde pudesse ter maior privacidade com seus filhos. Sua casa tem quintal conjunto com o do vizinho. Nesse atendimento, falou sobre o grande alívio que foi a retirada do peso. E como ela tentou ser compreendida para que fosse retirado o peso, pois ele causava o aumento da dor. Mas, disse que a dor só ficara suportável com a atual medicação. Contou sobre seu trabalho como faxineira; é com o seu trabalho e com a ajuda de sua mãe que sustenta os filhos.

A paciente contou-me, então, que antes da cirurgia de 2003, ela estava morando com um homem muito bom e que fora ele que a trouxera para o hospital, naquela época, mas ele que não tinha filhos, queria filhos e isso para ela era impossível. Então ele foi embora e ela não soubera mais dele. Disse-me que ela gostava de dançar. *“Como seu filho!”*, observei. Ela sorriu e confirmou: *“isso, ele também, mas eu me preocupo, agora entendo a preocupação de minha mãe, mas lá atrás não, só queria me divertir, namorava muito, mas era boba, não sabia me cuidar e pronto... lá vinha filho!”*. *“Hoje dou conselho... filho é coisa séria, não dá pra ter e pronto, tem que cuidar”*. Comentei: *“você tentou mostrar algumas coisas da vida para eles, não é? O que você acha? Aprenderam?...”*. Ela respondeu: *“Espero, né? Eu falo agora para eles que eu estou aqui, não dá para estar aí, vocês têm que se cuidar... A gente fala, minha mãe também falava...”*.

Perguntei-lhe como estava sentindo, com nossa conversa, e ela respondeu-me *“Bem... é bom falar, muito obrigada. Às vezes, aqui sozinha, fico pensando, pensando, mas, quando a gente fala ajuda, alivia. Não dá para estar lá. Quero resolver isso logo para poder ir para casa”*. Procurei tranquilizá-la, concordando com ela e promovendo a Esperança, dirigindo-a para onde ela sente-se mais forte - o *“ir para casa”*.

Fiz um trabalho com o Método Calatônico, adaptado para o contexto hospitalar – Toque no Esterno. A paciente passou do estado de descansar para um sono tranquilo.

4º. Atendimento:

Nesse dia, a paciente encontrava-se bem mais tranqüila e menos estressada pelas dores. Mas, falou novamente sobre suas preocupações com os filhos e com a falta de qualificação profissional deles e o quanto se sentia inquieta e angustiada dentro do hospital e os filhos sozinhos.

Trabalhamos com as técnicas adaptadas do Método Calatônico, com Toque no Esterno, diafragma e na cabeça, sempre solicitando a ela que dele fizesse uso. A paciente, realmente utilizava-se dos recursos do Toque e da respiração para alívio da dor e das preocupações, relatou-nos a filha, que também aprendeu a beneficiar-se do relaxamento e também solicitava a psicóloga do hospital quando se sentia desamparada.

No corredor do hospital fui abordada pela Enfermeira Chefe do Andar que já havia percebido a necessidade de providências para que os filhos da paciente fossem encaminhados para um espaço que lhes desse competência profissional. Diante do seu grave estado não era possível que as providências fossem tomadas por ela sozinha. Reunimo-nos com a Assistente Social do Andar que encaminhou a questão para uma ONG, próxima de sua casa que poderia auxiliá-la no encaminhamento de seus filhos.

5º Atendimento:

Encontrei a paciente sentada na cama. Estava lendo a bíblia para sua filha. Sua aparência era de tranqüilidade e de vitória. Ela nos contou que a medicação estava sendo via oral e que com essa medicação poderia ir para casa, que já havia passado pelo exame na Santa Casa e que já sabia que não iria operar, que o caso dela é difícil e que já está em estado bastante avançado.

A paciente conduziu a conversa para as questões que ainda a preocupavam: os filhos e voltar para casa. Apresentou a organização dessa volta a sua casa. A estrutura da casa comporta cadeira de rodas que ela já providenciara com alguém. Ela e a filha vão se organizar na administração dessa sua presença em casa e disse que prefere assim. Diante da certeza de sua opção, dirigi-me à Assistente Social que providenciou o UCCPA

(Unidade de Cuidados Contínuos – Paliativos e Assistência Domiciliar, Hospital Pérola Byington) que a paciente fosse encaminhada para esse serviço. Voltei ao seu leito e comuniquei à paciente essa decisão.

A paciente foi tomada de uma intensa emoção que a levou ao choro. Expressou sua gratidão pelo nosso trabalho, da forma como falou: *“o trabalho de conversar que ajuda a resolver as coisas”*.

Pedi-lhe que tivesse calma, pois ainda tinha de esperar pelo parecer da médica. A paciente afirmou: *“Ela vai concordar. É o melhor, agora eu não tenho dor... Meu Deus quanta dor daquela vez. Quando tirou o peso, nossa... fui outra”*, lembrava a paciente entre sorrisos e lágrimas.

Comentei: *“Não dava nem para falar de tanta dor”*. Ela disse: *“Eu tinha uma agonia aqui dentro”*, mostrando a região do osso esterno. *“Mas, eu queria desabafar naquela hora da dor, enquanto você fazia o relaxamento com a mão, eu queria que alguém entendesse aquela dor”*. Perguntei-lhe: *“Você olhava muito para mim, olhava?”*.

Chorando de soluçar, muito emocionada, conseguiu ainda expressar: *“Eu queria desabafar, eu queria que entendesse onde era a dor. O peso, aquele peso! Todo mundo brigava comigo, você não pára, você fica mexendo no peso! Eu queria tirar o peso. Ninguém entendia, e no começo cinco quilos, depois dois... Eu não podia fazer nenhum movimento (chorando muito nesse momento) e duia tudo, tudo...”*. *“Quando o médico...”* continuou a paciente, *“disse que ia tirar o peso; Graças a Deus! E àquelas mulhé!”*, referindo-se a mim e à Diretora da Psicologia.

Ainda a paciente: *“Alguém entendeu. Tinha dias que tentava que alguém entendesse. Não dava mais...”*.

A paciente foi reorganizando-se, fui tocando no seu esterno e, suavemente, disse-lhe que ela tinha muita capacidade para lutar. Disse-lhe também que fora ela quem nos dera o caminho e nos orientara ao mostrar como era a dor da Dor que ela sentia...

Fora ela que, com a capacidade de enfrentar dificuldades e procurar soluções, mostrara que ainda tinha pelo que lutar. E investir, não desistir. Disse-lhe, também, que ela iria sim para casa. Eu estava muito contente por ela . Infelizmente, não iríamos nos ver mais.

Agradei-lhe por termos trabalhado juntas, disse-lhe que ela me ajudara também, disse-lhe que eu conhecera a força que havia dentro dela para enfrentar o que for que vier. Comuniquei-lhe que, nos Cuidados em casa, ela seria acompanhada por outro psicólogo, responsável pelo serviço.

Despedi-me da paciente pensando na seriedade do caso, avaliando que ela estava lúcida em relação ao prognóstico. Dirigi-me novamente ao postinho e conversei com a Assistente Social, que disse que acompanharia esse caso e que estava atenta às necessidades dos filhos da paciente. O psicólogo do UCC estava chegando de férias e seria inteirado do caso através da Diretora da Psicologia.

Ao encaminhar-me para a saída do hospital as palavras da enfermeira criadora dos Cuidados Paliativos, Cicely Saunders, com pacientes terminais “dançaram na minha memória”: *“Você é importante para você, por ser você, e importa até o último dia de sua vida e faremos tudo o que for possível, para que você morra em paz, como para que viva até o dia de sua morte”*.

VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO DO CASO

No final da terceira década ou próximo do início da quarta década da vida, dependendo das circunstâncias ou dependendo da pessoa, ocorre uma mudança de foco. Passamos do plano biológico e social, na primeira metade, para o plano psicológico espiritual, na segunda metade. Na psicologia de Jung, tornamo-nos um ser psicológico que questiona a própria história e especula sobre a história do outro. Como nossas histórias são do mundo, nessa fase ocorre um fundamental processo psicológico.

A paciente do caso, I.B.R, estava entrando na quarta década de sua vida. Pode-se falar em determinada individuação em cada faixa etária. Mas é na segunda metade da vida que isso ocorre como processo fundamental. Nesse contexto, pensamos nos tombos, tropeços possíveis no trajeto da individuação, que é sabido ser, na concepção de Jung, como processo, a realização empírica da totalidade psíquica, a conscientização da unidade estrutural do indivíduo. Como meta, a individuação é o desenvolvimento de uma singularidade estrutural. O desenvolvimento de um ego saudável durante a primeira metade da vida, é fundamental para o indivíduo funcionar de maneira satisfatória no externo. As atividades relacionadas à construção do ego são o suporte necessário para o movimento de individuação, que é a meta da segunda metade da vida. Trata-se de um padrão natural de crescimento existente em todos nós. O modo de vida ou nossa própria cultura pode obstruir esse natural crescimento. O crescimento dentro de nós precisa ser cultivado e esse processo de amadurecimento dentro de nós mesmos e do outro precisa ser compreendido.

A paciente estava vivenciando esse processo com os obstáculos externos e internos presentes, diante dos opostos: mãe-filho; doença-saúde; vida-morte. A crise, na concepção de Jung, é sempre uma tentativa de ajuste psíquico entre a realidade do mundo interior e a do mundo exterior. É da tensão criada pelos opostos que somos impelidos a transcendê-los e unificá-los.

O processo de desenvolvimento da personalidade tem, nos símbolos, a possibilidade de união dos opostos, estruturando a consciência. Jung considera o homem como um ser simbólico e, como tal, expressa-se através dos símbolos. Por essa perspectiva, toda experiência humana é simbólica. O amor, como símbolo, é individual e coletivo.

No caso da paciente, sua relação amorosa com os filhos impele-a a transcender e unificar, promovendo resiliência na sua jornada, em prol da sua individuação. Sua tarefa com os filhos não foi totalmente realizada. O seu papel como mãe cuidadora que necessita de cuidados, é mais um aspecto dos opostos do movimento, na dança da sua vida.

A finalidade do trabalho do psicólogo no contexto do hospital é dar palavra, ação para a subjetividade do paciente, através dos recursos dos caminhos oferecidos pelo Método Calatônico, de Pethö Sándor, cuja minha tarefa, como terapeuta, foi organizar e estruturar. Cada caso exige uma terapia diferente, sendo que a individualidade do paciente é a principal meta dentro de qualquer orientação adotada, em psicoterapia, para possibilitar soluções ou adaptações eficazes para as necessidades e características da situação apresentada.

Lembrando Neder (1993): *“O psicólogo, no hospital, é um profissional da Saúde. Em seus propósitos e métodos de trabalho, é embasado nos cuidados psicológicos humanizantes; por sua vez ele deve ter maturidade filosófica para isso. Sua função é contribuir para o Bem-Estar Humano, cuidando da qualidade de vida, condicionadora da Saúde”*.

Com foco também na qualidade de vida dos familiares do paciente introduzi o trabalho corporal na mãe, a paciente e, simultaneamente, em sua filha, com o objetivo de prevenção do estresse do cuidador. Em Psicologia da Saúde e Psico-oncologia, cabe ao psicólogo promover recursos ao paciente e a seus familiares de enfrentamento e alívio do estresse.

Nesse caso, pelos referenciais teóricos que dão base ao Método Calatônico, a Psicologia Analítica de Jung, embasa minha leitura pelo símbolo. No caso, a mão da filha encontrava-se no osso esterno na região do coração e a outra mão no umbigo. O umbigo liga o feto à placenta, em relação a uma fonte de vida materna. É o lugar da nossa primeira separação. A placenta é símbolo do arquétipo que se alimenta. Anatomicamente, o umbigo está situado um pouco acima da região corporal correspondente àquela onde se encontra a lesão do osso no corpo da mãe. Sendo que osso também quer dizer “substância”, “essência”. O osso flexiona para explicar o que pertence ao mais íntimo de cada um de nós. A gravidade da situação clínica da mãe, com prognóstico de terminalidade, foi o motivo desse toque

simultâneo na mãe e na filha: criar espaço para suas individualidades, aproximação e separação ou um preparo para tal.

O Relaxamento pela respiração possibilita benefícios ao paciente tais como a redução do batimento cardíaco, reorganização da respiração eliminando sensações físicas como também as desnecessárias fantasias estimuladas por essas sensações.

Nesse caso, as reações dos benefícios do toque na paciente, puderam ser observadas através de sua expressão corporal. Eram visíveis a soltura das articulações mandibulares e da musculatura da face toda, com isso desfazendo as linhas e sugos formados pela contração da musculatura frontal. Houve alteração da cor do rosto da paciente. Na literatura em VELA, item 3.16, *“um reflexo generalizado de vasoconstrição está coligado com a função do hipotálamo. Os mais variados estímulos podem causar tal reação como dor, ruído inesperado, intenso esfriamento, mas o estímulo mais comum é a baixa temperatura do sangue, atuando sobre o centro hipotalâmico, têm certo papel também os impulsos aferentes originados na pele e o efeito da adrenalina e noradrenalina, libertadas da medula da glândula supra-renal”*.

Na ocasião da aplicação das técnicas, a paciente estava deitada em posição decúbito dorsal e essa é a posição do corpo necessária para a aplicação da técnica da Calatonia Básica. Analogamente à posição anatômica, conforme definida pela Cinesiologia. Pela íntima associação entre postura e movimentos, os Pontos de Apoio na função normal de ajustes posturais são rápidos e automáticos. A fratura do osso ílio, localizada no lado direito da paciente, tornava-se um obstáculo para esses ajustes posturais automáticos. Sua fratura estava localizada no eixo pélvico (osso ílio) e qualquer pequeno movimento corporal agredia a região da fratura. Deitada, os apoios anatômicos mudam em relação à posição em pé. Na posição deitada, seus apoios anatômicos estão no osso occipital, na região dorsal, nos glúteos e no lombo sacro que são os pontos de apoio. No caso específico da paciente, seus pontos de apoio em posição deitada ou em pé estavam comprometidos.

Para tentar suportar as dores, a paciente buscava outras posições com seu corpo o que lhe causava mais dor e, assim, só encontrava também mais dificuldades. Os Toques foram realizados sempre acima da região da fratura patológica com o objetivo de desviar a

atenção da paciente do foco da dor, na região do quadril. Ao término do trabalho com a paciente, ela encontrava-se em estado de “descanso”, durante um curto período; entre cada sequência a paciente conseguia descansar. Nesse intervalo de tempo, mesmo de curta duração, torna-se possível a reorganização psicofísica.

Pela perspectiva da visão Junguiana, *“o símbolo ocupa tudo, pois qualquer objeto, acontecimento ou fenômeno psíquico pode ter para o homem caráter simbólico, contanto que seu Eu tenha a apropriada disposição para assimilar essas duas misteriosas e desconhecidas realidades de que estamos feitos e entre as quais nos movemos: o mundo da matéria (representado pelo cosmo, a corporalidade e o instinto) e espírito (representado fundamentalmente pelos arquétipos e suas manifestações individuais e sócio-culturais). É próprio do homem ser essencialmente simbólico”* (Fernandez,1986).

As dores da paciente intensificavam-se logo após o trabalho corporal. Encontramos em VELA, item 15-12, a explicação de Sándor: *“A eventual exacerbação ou intensificação inicial dos sintomas não significa, obrigatoriamente, um “piorar” do quadro, mas sim a efetividade atuante da técnica aplicada”*. Nesse caso, consideramos a consciência do desconforto causado pelo peso no seu membro inferior direito e à dor que era insuportável.

Os procedimentos clínicos ainda não estavam suprimindo as necessidades do quadro da paciente. A equipe da enfermagem estava impotente, a insegurança e o medo estavam presentes, suas expectativas e sua participação no seu programa terapêutico inexistiam, assim como também a comunicação com essa paciente. Esse é um panorama que contribuía para que tudo convergisse para um estresse. Em Cuidados Paliativos, o “burnout” da equipe é prevenido pelo manejo de situações do estresse no cotidiano. Conforme análises de diagnósticos de Simonetti (2004, p.36-37), o diagnóstico médico da paciente não estava esclarecido e, portanto, a insegurança da paciente quanto a essa incerteza era um fato real.

O psicólogo no hospital deveria compartilhar da equipe interdisciplinar ou multidisciplinar, No entanto, nem sempre é encontrado esse modelo. Também a comunicação entre profissionais não é uma realidade no dia a dia. O termo multi-profissional de Chiattonne (apud Angerami, 2000) realmente é mais honesto e compatível com a realidade na qual

vários profissionais atendem o mesmo paciente, não necessariamente, de forma integrada. Ao psicólogo cabe como aponta a mesma autora, buscar ele mesmo uma postura ética em relação ao trabalho em equipe e à própria visão integral do paciente.

Entendo que esse trabalho é assim realizado, quando membros da equipe dispõem-se a isso, pelos referenciais dos Cuidados Paliativos, como confirmam a literatura ou os psicólogos que, com o olhar para o processo de transformação, interagem com os vários profissionais do caso.

O Método Calatônico confere ao psicólogo, um instrumento de desenvolvimento de efetiva ressonância bi-pessoal entre terapeuta e paciente. Os recursos desse instrumento de trabalho é também um facilitador de autodesenvolvimento para o terapeuta no seu processo pessoal de percepção e consciência corporal. No contexto do hospital junto à equipe em situações de crise, a percepção do terapeuta com consciência corporal é um recurso para identificar e prevenir os sinais corporais de estresse desnecessários presentes em si mesmo e em membros da equipe. Possibilita a percepção de si e dos outros membros da equipe. Com isso, pode acolher o limite do outro como acolhe as suas próprias limitações.

No caso apresentado, a enfermagem manifestava corporalmente sinais de extremo cansaço. No entanto, na comunicação verbal com discurso pelas palavras, esses sinais não se faziam visíveis. A percepção desse estado fez-se pela expressão do corpo de cada um dos membros ao relatarem suas observações com impaciência e justificativas do *“mau comportamento da paciente com o procedimento do peso”* ou *“sua inquietação e teimosia, não permanecendo quieta com a tração”*. Descreviam tecnicamente a necessidade de a paciente colaborar. Os limites da paciente e os da equipe de enfermagem já estavam ultrapassados. A enfermagem para nossa escuta terapêutica, falava também de si e de seus pesos, obrigatoriamente carregados, nos contextos pessoais e profissionais. Na literatura Grau aponta o *“burnout”* na equipe cuidadora e a necessidade de serem devidamente cuidados.

A teoria junguiana traz-nos a compreensão dos fenômenos psíquicos pela idéia das produções e representações do homem serem simbólicas do seu processo de desenvolvimento e de individuação. Por essa perspectiva, a doença é uma representação do

processo nessa fase de metanóia. No caso dessa paciente, podemos olhar questões que permearam a sua feminilidade e a sua sexualidade, tendo em conta o útero como vaso continente transformado. Esse recipiente recolhe, acolhe e protege o material fertilizado.

Na etapa matriarcal, a figura da Grande Mãe é central na estruturação da consciência. Nessa fase, o corpo é basicamente prazer. O círculo torna-se busca da Deusa-Mãe pela entrega ao corpo. Pela dança, busca-se a soltura e o prazer, da natureza da harmonia. Pelo movimento da dança, a busca dos movimentos da mãe. Sándor, em VELA-item 21.3 diz: *“E sabemos como a dança cria estados alterados de consciência ou até estados semi-conscientes, fazendo aproximarmo-nos dos diversos aspectos da Grande Mãe ou do Grande Pai. As frustrações, as paradas, as desesperanças, as desativações indicam, independentemente do sócio-psicológico profissional, o inadequado encaminhamento da energia psíquica (libido) e a falta de um condizente relacionamento dinâmico entre conteúdos conscientes e inconscientes dentro das variações individuais”*.

A paciente era bonita, “só queria dançar”. Na “dança”, já nas primeiras fases de estruturação da consciência, deu-se um inadequado encaminhamento. Temos agora, no processo da sua metanóia, que ajudá-la a criar condições de transformar, fertilizando pelo criativo, e, pela amorosidade, completar a parcela de sua individuação que ainda lhe é possível antes da sua finitude.

O trabalho com a Assistente Social possibilitou o melhor andamento da situação, podendo a paciente finalizar esse processo junto aos filhos, tendo ainda esse tempo para acompanhá-los pessoalmente. Foi, profissionalmente, concordamos com a Assistente Social, muito gratificante a forma como foi encaminhada essa etapa da paciente – sua volta para casa!

O caso dessa paciente é muito grave. São desconhecidas as suas possibilidades e como pode evoluir a sua doença num futuro próximo. Trata-se de metástase óssea e ela já tem uma fratura patológica, no ílio, em um dos referenciais de ponto anatômico de apoio no corpo.

Foi cuidadosamente apontado, pela psicóloga, a capacidade que tem essa mulher de lutar! De sua resiliência própria. Falei: *“Foi você que nos deu o caminho e nos orientou para*

mostrarmos como era a sua Dor! Foi também você que, com sua capacidade de enfrentar dificuldades mostrou que ainda tinha pelo que lutar. Você nos permitiu e autorizou a comunicar o seu sofrimento. Mas, principalmente disse-nos o quanto você ainda tem força para encaminhar e cuidar das coisas de sua vida! Foi você que nos mostrou o seu caminho!”.

Na proposta da psicossomática, nosso corpo está circundado pela nossa realidade individual, invólucro firme, mas invisível ao observador, sendo o corpo e realidade individual como dois compartimentos, dois órgãos de um organismo maior. O montar e o desmontar de suas fantasias que ocorrem sempre em cada situação, seus efeitos recíprocos em relação ao corpo, visão da psicossomática, Sándor considera perda e reajuste dos pontos de apoio fisio-psíquico, propondo a reorganização no psicofísico. Para Neder (1993) a função do psicólogo é contribuir para o Bem-Estar Humano com nos cuidados psicológicos humanizantes.

Tanto a psico-neuro-imunologia como a teoria do estresse demonstram estudos de vários pesquisadores sobre os efeitos emocionais na modificação hormonal e sua alteração no sistema imunológico. Cuidados paliativos preconizam a atenção integral, considerando, portanto, os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, exigindo uma atenção global, individualizada e contínua.

A paciente do caso volta para casa assistida pelo UCCPA (Unidade de Cuidados Contínuos-Paliativos e Assistência Domiciliar; Hospital Pérola Byington). Em cuidados paliativos, o enfermo e sua família são unidades a serem tratadas, assim como na Psicologia da Saúde e na Psico-oncologia. No contexto de vida dessa mulher, suas relações com figuras masculinas mesmo com o pai, foram de abandono. Na equipe do UCCPA, o psicólogo responsável pelo trabalho, neste caso, é uma figura masculina. Para Jung, a figura do animus é a imagem de homem para a mulher. Se essa imagem for inconsciente, será sempre projetada. Sua função natural é estabelecer uma ponte entre consciente individual e o inconsciente coletivo. O animus é projetado particularmente em personalidades “espirituais” e em toda espécie de “heróis”. O animus da mulher procura diferenciar e reconhecer.

Pick apud Freitas, 2004, faz referência a uma imagem mental do corpo que considero pertinente lembrá-la agora. Trata-se da imagem mental do corpo, formada através de estímulos visuais, mas também de sensações táteis e das de movimento.

Pelo Método Calatônico, como recurso psicoterápico corporal e de relaxamento, o psicólogo pode executar sua tarefa no contexto hospitalar seguindo os caminhos do diagnóstico aos cuidados paliativos, junto às equipes, sem perder o olhar para a subjetividade do ser humano e sem se distanciar da realidade da instituição.

Evidenciamos que esse recurso, como Método Psicoterápico, percorre camadas mais profundas da psique, possibilitando o diálogo entre consciente e inconsciente, favorecendo a manifestação da resiliência própria do paciente. O próprio Jung considera que, como todo duo de contrários de que está constituída a personalidade, no fundo corpo e psique são uma coisa só. *“Não negamos a estreita relação do psíquico com a fisiologia do cérebro, as glândulas e o corpo em geral, que as percepções sensoriais determinam, em grau, o conteúdo da consciência que a herança inconsciente imprime-nos características invariáveis, tanto físicas como psíquicas, que o poder dos impulsos instintivos é capaz de refrear, fomentar e modificar de algum modo o conteúdo espiritual e que finalmente, a própria alma humana é primeiro e sobretudo uma fiel imagem de tudo o que chamamos matéria, empirismo, terreno, por sua origem finalidade e sentido”* (Fernandez,1986, p.124).

A crise pode ser a oportunidade de despertar os aspectos resilientes próprios do paciente. O relaxamento em escala mais intensa favorece um alívio diferenciado dos desconfortos das desagradáveis sensações físicas no adoecer. Pelos mistérios da transdução paciente e psicólogo fazem uso da palavra.

Dando significado às palavras do paciente: Voltar para casa! Outra etapa! Com o paciente oncológico, um pequeno trecho percorrido pode ajudá-lo no processo de vir-a-ser um Todo, o *“todo do fenômeno humano e o todo do enigma da Natureza, cuja separação em aspectos físicos e espirituais representa apenas uma discriminação, servindo o conhecimento humano”* (Sándor, em VELA).

Na biografia de Sándor, Motta (2005, p.80), chama a atenção como o autor se expressa quando refere à Calatonia, mencionando que *“o contato com seus pacientes como sendo bi-pessoal, como se fizesse questão de enfatizar um tratamento especial presente em suas consultas, que se davam nas condições severas como a de um hospital em pós-guerra. Refere-se às manipulações suaves. A imagem de caos que sugere o ambiente de trabalho de um médico nas condições em que Sándor atuou nesse período pouco favorável, não só ao tipo de contato pessoal com o paciente, conforme ele propõe, como também para observar as sutilezas decorridas de intervenções chamadas de manipulações suaves. A própria palavra suave destoa do contexto do hospital em tempos de guerra - Toques Sutis; é a prova de que Sándor pôde constituir um espaço para continuar a exercer a sua sensibilidade mesmo em situações desfavoráveis”*. Essa imagem construída por Motta expressa como sinto o trabalho de Sándor no contexto hospitalar e a atuação do Método Calatônico no trabalho em psico-oncologia.

Buscamos com esse método de trabalho atingir os propósitos de Neder (1993): *“o psicólogo, no hospital, é um profissional da Saúde. Em seus propósitos e métodos de trabalho, é embasado nos cuidados psicológicos humanizantes; lembrando que sua função é contribuir para o Bem-Estar Humano”*.

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interdependência entre o físico e o psíquico justifica a atuação do psicólogo dentro do contexto hospitalar. O Método Calatônico poderia ser considerado como um recurso psicoterápico, pelo próprio conteúdo teórico que o embasa.

O Método Calatônico adaptado pode contribuir bastante para a atuação do psicólogo dentro do âmbito da Psicologia e Saúde, principalmente nos contextos de Crise, conforme foi demonstrado no caso aqui apresentado. Também pode proporcionar ao terapeuta um melhor entendimento dos conteúdos psíquicos refletidos no físico e manifestados pelas expressões desse psíquico no corpo do paciente.

No contexto hospitalar, o conteúdo psíquico das imagens calatônicas pode ser trabalhado sob forma de considerações abstratas. A utilização simultânea da comunicação verbal e da aplicação de toques adequados pode facilitar que elas sejam “desenrodilhadas”. Ao surgir no paciente os medos, angústias, raivas expressadas através do seu corpo, percebidas por ele como “dor no peito” ou como “estou sem ar”, faz-se necessário acolhê-lo pelos Toques, facilitando sua tomada de contato com esses conteúdos, seja pela linguagem falada, pelo choro ou pela escrita, e, assim, facilitar com que assuma as decisões de sua vida. São momentos nos quais o terapeuta participa pelo diálogo corporal, através do Toque Sutil e com a Palavra, acolhendo a subjetividade do paciente no contexto do hospital pelos recursos do Método Calatônico.

Assim, a sensação de conforto sentida pelo paciente dá-se pelas comutações entre o psíquico e o físico, ocorrendo a reorganização da imagem e do esquema corporal. Daí, o paciente pode lidar melhor com seu estresse e isso pode favorecer condições para resolver questões, muitas vezes interrompidas, de sua vida pessoal, que, até então, não eram bem administradas. Essa reorganização do seu estado psíquico, então, colabora para uma melhor comunicação com seus familiares, com a equipe cuidadora e, principalmente, consigo mesmo.

Essa reorganização psicofísica é sentida pelo paciente como um “descanso” e pode ser percebida por ele, como uma “força interior”, e isso possibilita ao paciente transcender e unir as sensações opostas no seu organismo: abrir uma porta para a Espiritualidade!

Considero que o Método Calatônico pode ter aplicação psicoterápica, ultrapassando os limites de sua utilização visando apenas o relaxamento do paciente. Pode ser aplicado dentro do contexto da Psico-oncologia, como um recurso terapêutico junto a pacientes com câncer. Também dentro do contexto da Psicologia da Saúde, o método muito pode contribuir com o terapeuta junto às equipes de trabalho. O terapeuta, quando tem domínio das técnicas desse instrumento, também dele pode se utilizar como um recurso para promover sua própria reorganização interna.

O emprego do Método Calatônico proporciona a possibilidade de transformação, pois o paciente tem um contato mais consciente com as situações de perdas decorrentes do adoecer e com as sensações e as percepções dos aspectos psicológicos. Isso se dá através da reorganização fisio-psíquica proporcionada por tal instrumento, possibilitando ainda, chegar a transformação interior que é uma das fases do processo de auto-conhecimento. Essa entendida como auto-aperfeiçoamento, para desenvolver as funções da alma e criar abertura para a espiritualidade.

Finalmente, considero que o Método Calatônico, desenvolvido por Pethő Sándor aqui no Brasil, representa um documento vivo de sua efetiva participação e contribuição à Psicologia e Saúde: Psicologia Hospitalar.

VIII - BIBLIOGRAFIA

- ANGERAMI, V.A. org., *Psicologia da Saúde-Um Novo Significado para a Prática Clínica*, Editora Guazzelli Ltda. São Paulo, 2000.
- BAYÉS, R.; MARIN, B., *La Psicología de la Salud en España y America Latina*, Publicado no tema “Psicologia da Saúde”, Livro do Congresso Ibero-americano de Psicologia, Madrid, p. 60-74, 1992.
- BRANDÃO, M.L., *Psicofisiologia*, Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 1995.
- BRODAL, A., *Anatomia Neurológica com Correlações Clínicas*, Editora Roca Ltda., 1979.
- CALAIS-GERMAIN, B., *Anatomia para o Movimento-Introdução à Análise de Técnicas Corporais*, vol. 1, 1ª edição, Editora Manole, São Paulo, 2002.
- CORTESE, F.N. – “Cinesiologia Psicológica - Integração Psicofísica”, artigo publicado no site www.calatonia.net, sd.
- DELMANTO, S., *Toques Sutis-Uma Experiência de Vida com o Trabalho de Pethö Sándor*, Summus Editorial, São Paulo, 1997.
- FARAH., R.M., *Integração Psicofísica – O Trabalho Corporal e a Psicologia de C.G.Jung*, Robel Editorial, São Paulo, 1995.
- FERNANDEZ, S.V., *Freud y Jung: Exploradores Del Inconsciente*, Editorial Cincel, Madrid, 1986.
- FERREIRA-SANTOS, E., *Psicoterapia Breve*, 3ª ed., Editora Ágora Ltda., São Paulo, 1997.
- FREITAS, G.G., *O Esquema Corporal, a Imagem Corporal, a Consciência Corporal e a Corporeidade*, Editora Unijui, Ijuí, RS, 2004.
- FREITAS Katia Loureiro, *A Psicoterapia Breve Psicodinâmica Reimão, Rubens. Avanços em medicina do Sono*, Zeppelini Editorial Ltda., São Paulo, 2001.
- GODOY, J., *Psicologia de la Salud: delimitación conceptual*. En: Simón, M.A. (Ed.) Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología e Aplicaciones, Madrid, 1999.
- GODOY, JF, *Medicina Conductual*. En: Caballo, V.E. (Ed.) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta, Madrid, 1991.
- GOLDENBERG, H., *Contemporary Clinical Psychology*, Monterrey, CA:Brooks/Cole, 1973.

- GRAU, J., *Hacia una integración en Psicología de la Salud*, Conferencia inaugural de la II Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de México, Culiacán, Mexico, 1996.
- GRAU, J.; GUIBERT, W., *Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer*. Su importancia para la prevención y la educación para la salud. Material de trabajo de los Seminarios de Educación en Cáncer del Programa Latinoamérica contra el Cáncer, La Habana, INOR, impresiones ligeras, 1997.
- GRAU, J., *La psicología de la Salud a las puertas de siglo XXI*. Conferencia inaugural de la I Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de México, Gualajara, Mexico, feb. 1995.
- GRAU, J., *Hacia una integración en la Psicología de la Salud*, Conferencia inaugural de la II Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de Mexico, Culiacán, feb. 1996.
- GRAU, J., *Etica, Calidad de Vida y Psicología de la Salud*. Conferencia magistral en el IV Congreso de Psicólogos de Chile, Santiago de Chile, 1997.
- GRAU, J., *Psicología de Salud en Latinoamérica*. Conferencia de clausura del I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Veracruz, Mexico, mayo de 2001.
- GRAU, J.; ABREU, M. C. L.; CARBONELL, M. M., *El Enfoque psicológico en el Control del Dolor de Cáncer: Métodos y Procedimientos de Intervención*, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba, 2004
- JUNG, C.G., *Obras Completas de C.G.Jung*, Vol.16, 2ª ed., Princeton University Press, 384 p., 1966.
- JUNG, C.G., *Estudios sobre Psicología Analítica*, Vol.7, Editora Vozes, Petrópolis, 1981.
- JUNG, C.G., *A Prática da Psicoterapia*, Editora Vozes, Petropolis, 1981.
- KORCHIN, S.J., *Modern Clinical Psychologys: Principles of Intervention in the Clinic and Community*, NY Basic Books, New York, 1976.
- LURIA, A.R., *Curso de Psicologia Geral*, Sensações e percepções. Psicologia dos Processos Cognitivos, V.2, Rio de Janeiro:Civilização Brasileira, 1991
- MARTINS, J.; BICUDO, Maria A.V.A., *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*, Editora Moraes, São Paulo, 1992.

- MATARAZZO, J.D., *Behavioral health and behaviorial medicine; frontiers for a new psychology*, American Psychologist, 35:807-17, 1980.
- MATARAZZO, J.D., *Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychologist*, American Psychologist, 37:1-4, 1982.
- MOTTA, A.A., *Pethö Sándor e a Calatonia: dos Campos de Refugiados, na Europa, ao Brasil*, Revista Jung & Corpo do Curso de Psicoterapia de Orientação Junguiana coligada a Técnicas Corporais, ano V, nº 5, p. 77-87, 2005.
- NEDER, Mathilde, *O Psicólogo e a Pesquisa Psicológica na Instituição Hospitalar*, Revista da Psicologia Hospitalar, n.2, p.2-4, jul-dez/1993.
- NEDER, C., *Condições Emocionais de Pacientes em Nutrição Enteral e Parenteral*, IN: Dan L. Waitzberg, *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral*, Ed. Athenem, São Paulo, 2003.
- RAMOS, Denise G., *A Psique do Coração – Uma Leitura Analítica do seu Simbolismo*, Editora Cultrix, São Paulo, 1995.
- SÁNDOR, Pethö, *Técnicas de Relaxamento*, Vetor Editora, São Paulo, 1974.
- SÁNDOR, Pethö, *Questionário VELA – Comentários*, Apostila fornecida em Grupo de Estudo, década de 1980.
- SANTACREU, J., *Psicologia Clínica y de Salud: marcos teoricos y modelos*. Revista Psicologia de Salud; 3(1):3-21, 1991.
- SCHILDER, P.A., *A Imagem do Corpo*, As energias construtivas da psique, São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SIMONETTI, A., *Manual de Psicologia Hospitalar-O Mapa da Doença*, 1ª ed., Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004.
- SMITH, L.K.; WEISS, E.L.; LEHMKUHL, L., *Cinesiologia Clínica de Brungstrom*, Editora Manole, 1ª edição brasileira, São Paulo, 1997.
- STONE, G.G., *An international review of the emergence and development of Health Psychology*, Psychologist and Health, 4, 3-17, 1990.
- TAVARES, Sandra Duran, *Estratégias Terapêuticas Corporais e Grupais na Perspectiva do Método Organísmico de Pethö Sándor*, Tese de Mestrado, USP-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ANEXOS

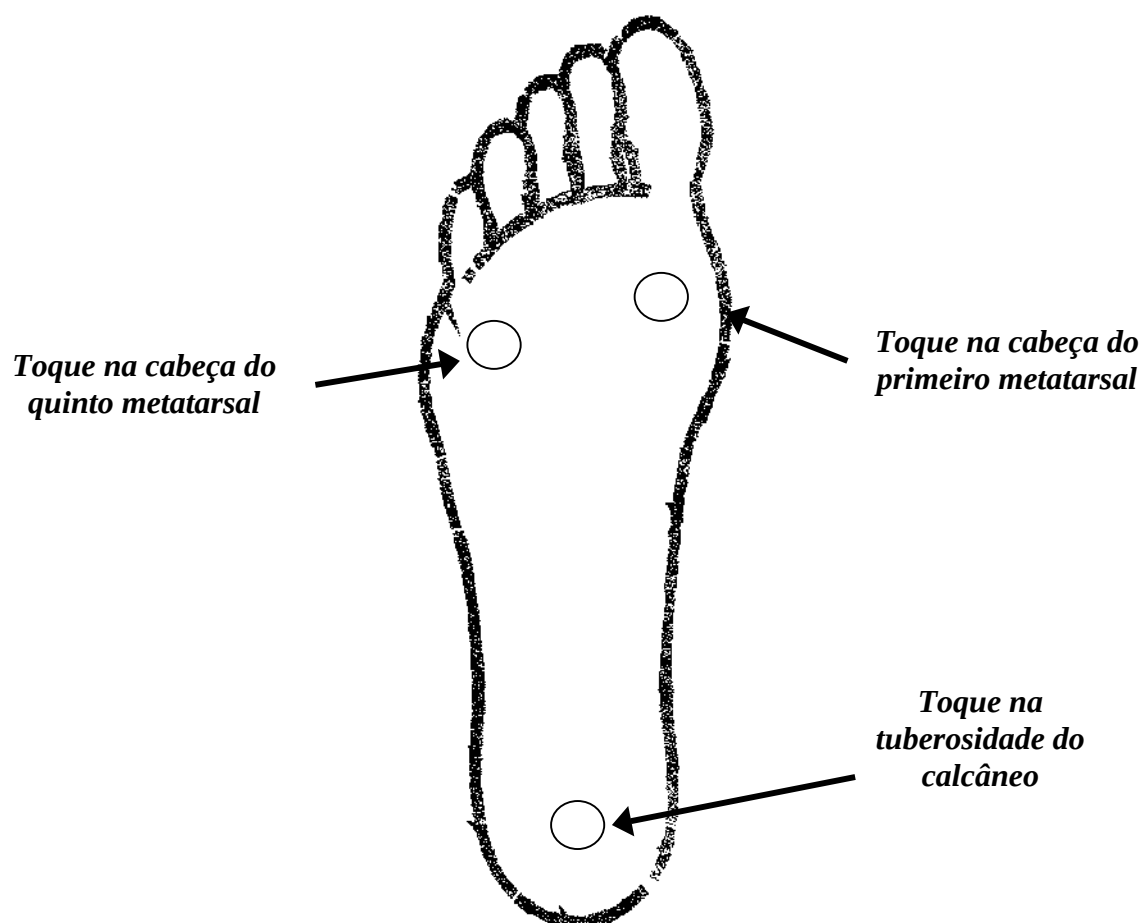
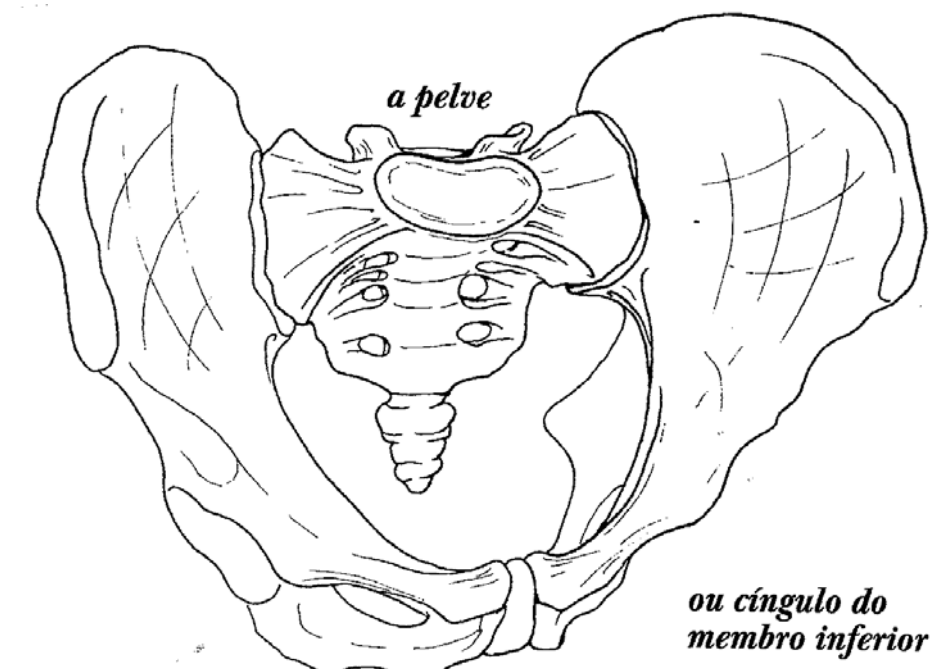
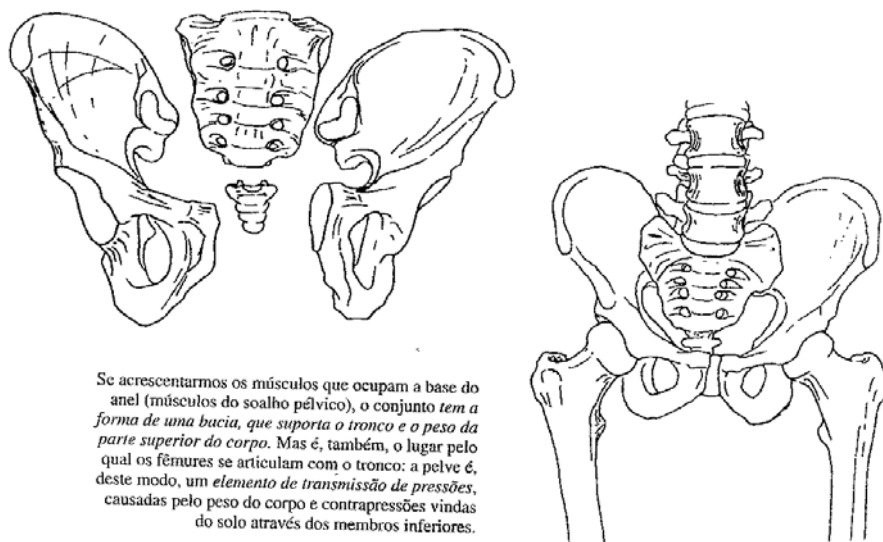


Figura 3 – Os Três Pontos de Apoio nos Pés

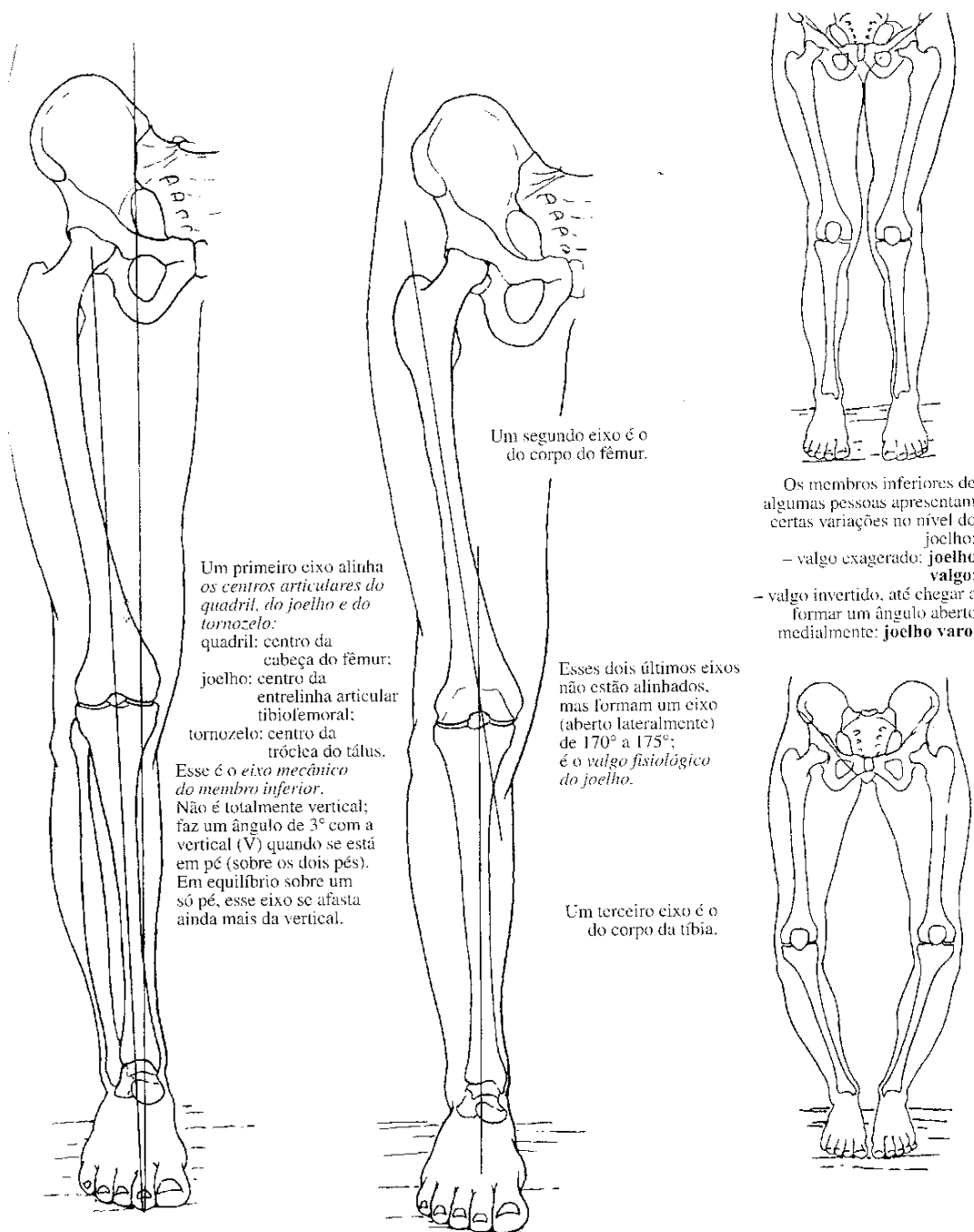


É um anel ósseo formado sobretudo por três elementos:
o **sacro**, posteriormente, e os dois **ossos do quadril** (bem como o **cóccix**).



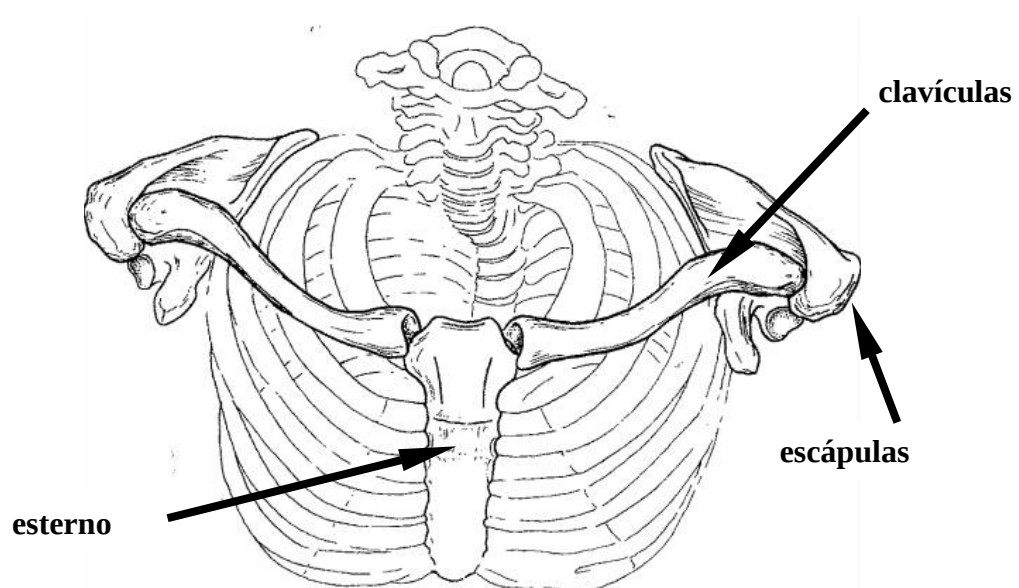
(extraído de Calais-Germain, 2002)

Figura 4 – O Cíngulo do Membro Inferior (Calais-Germain, 2002)



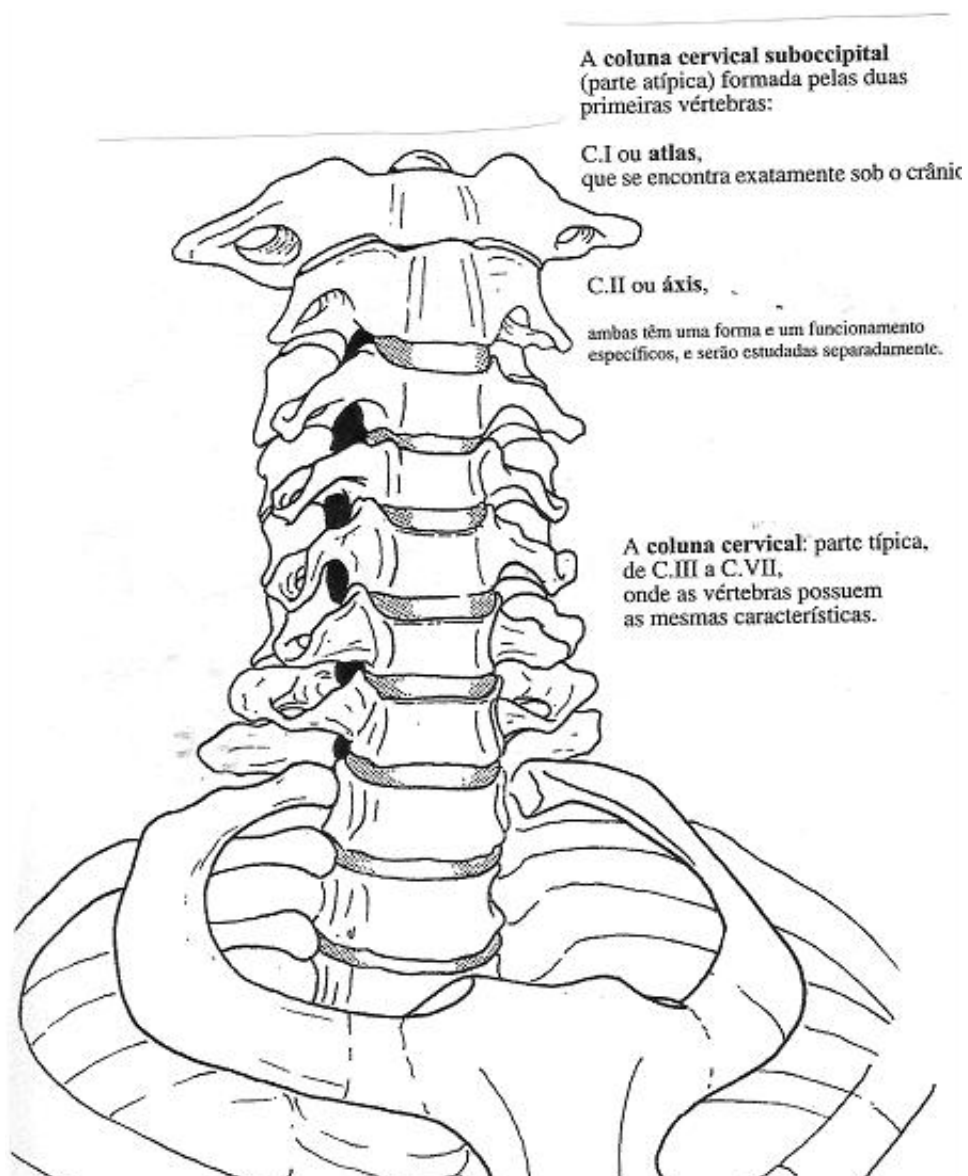
(extraído de Calais-Germain, 2002)

Figura 5 – Os Três Eixos na Posição Anatômica em um Membro Inferior



(extraído de Calais-Germain, 2002)

Figura 6 – O Cíngulo do Membro Superior



(extraído de Calais-Germain, 2002)

Figura 7 – A Coluna Cervical

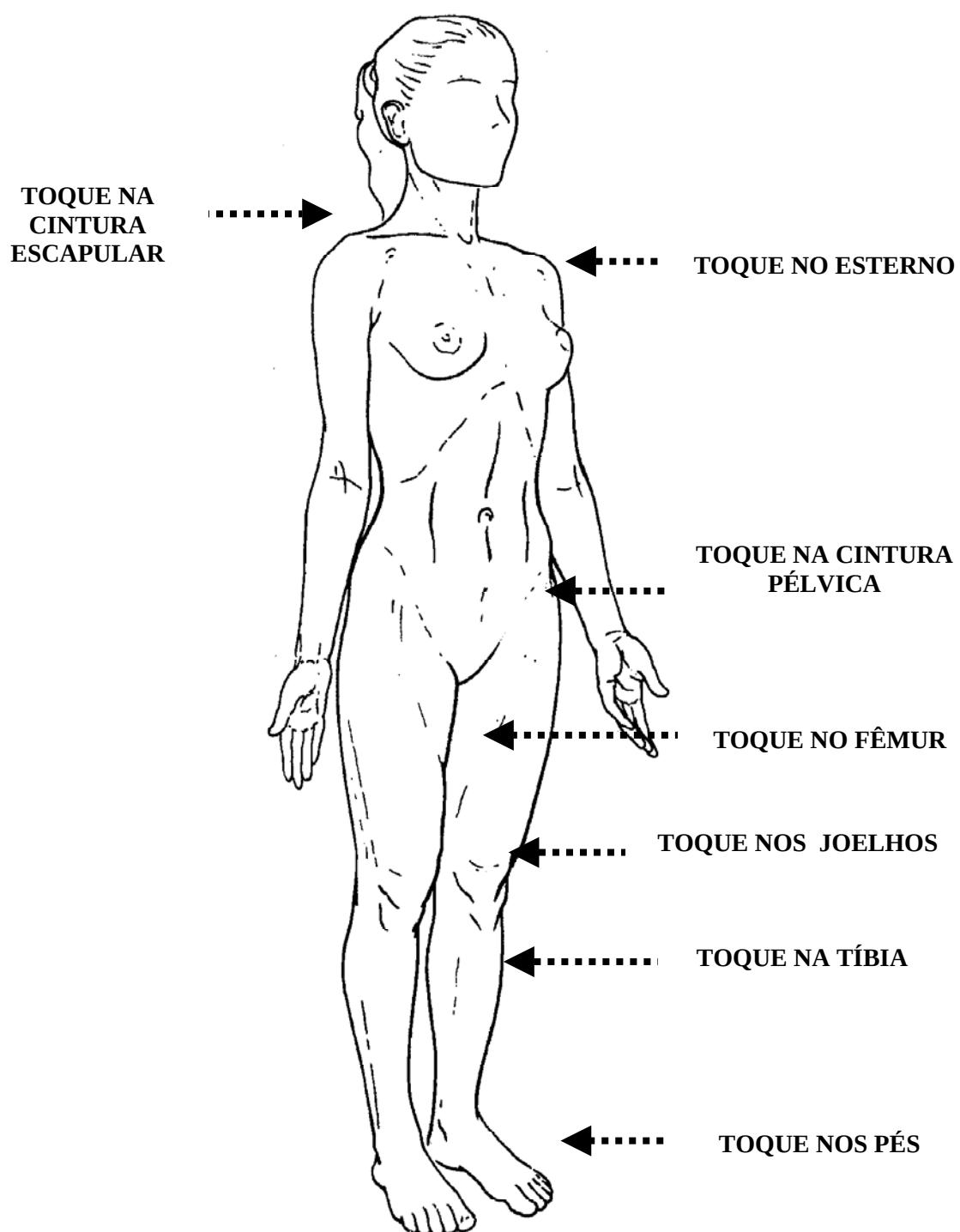


Figura 8 – Pontos Anatômicos de Apoio do Corpo

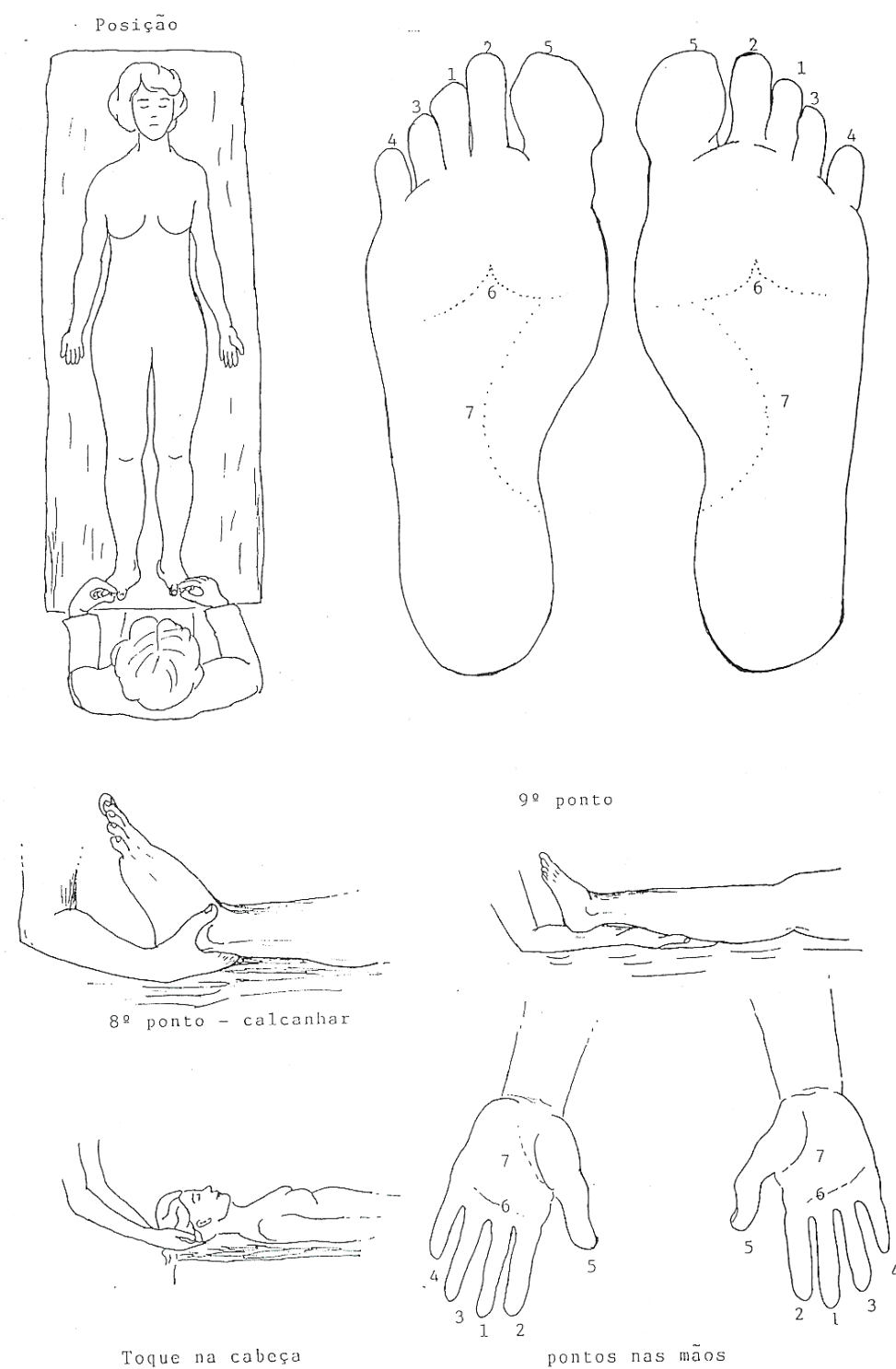


Figura 9 - Localização dos Pontos de Aplicação da Calatonia



Figura 10 – Toque na Tíbia e Joelho

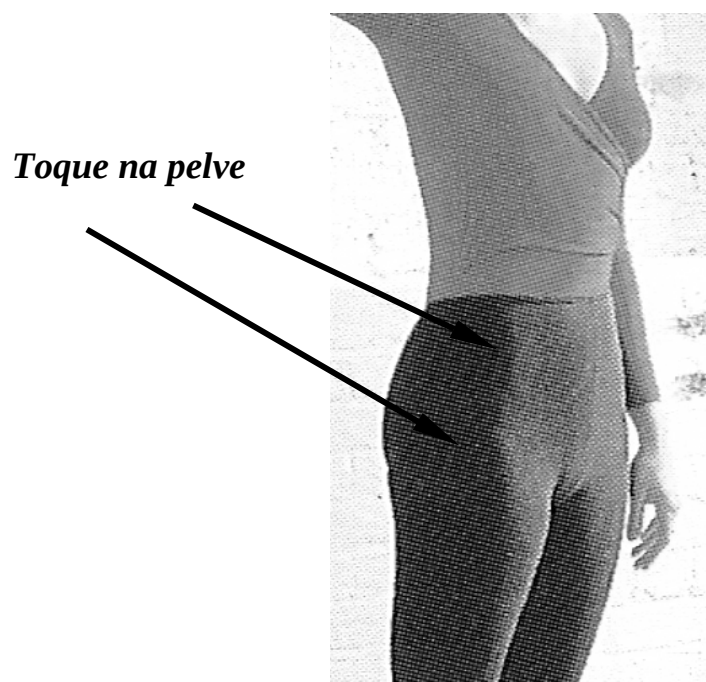


Figura 11 – Toque na Cintura Pélvica

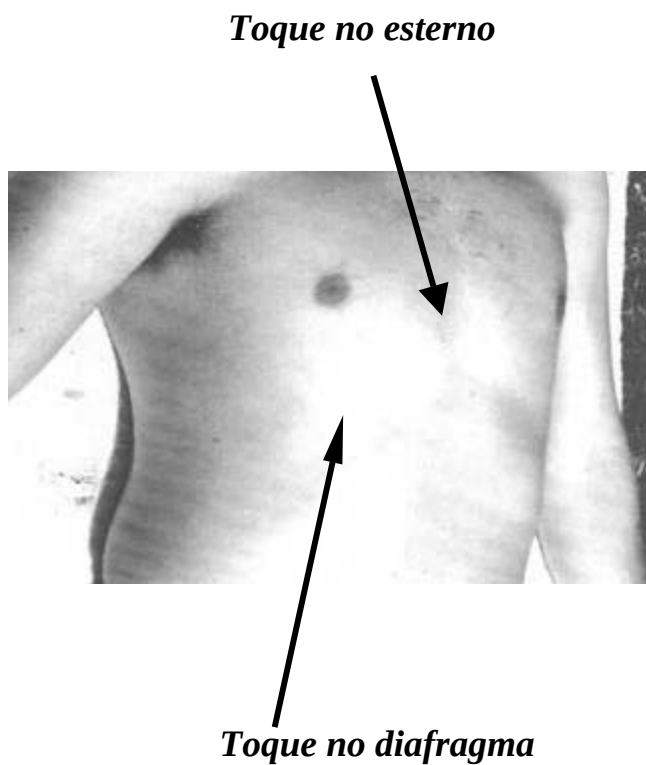


Figura 12 – Toque no Esterno e Diafragma

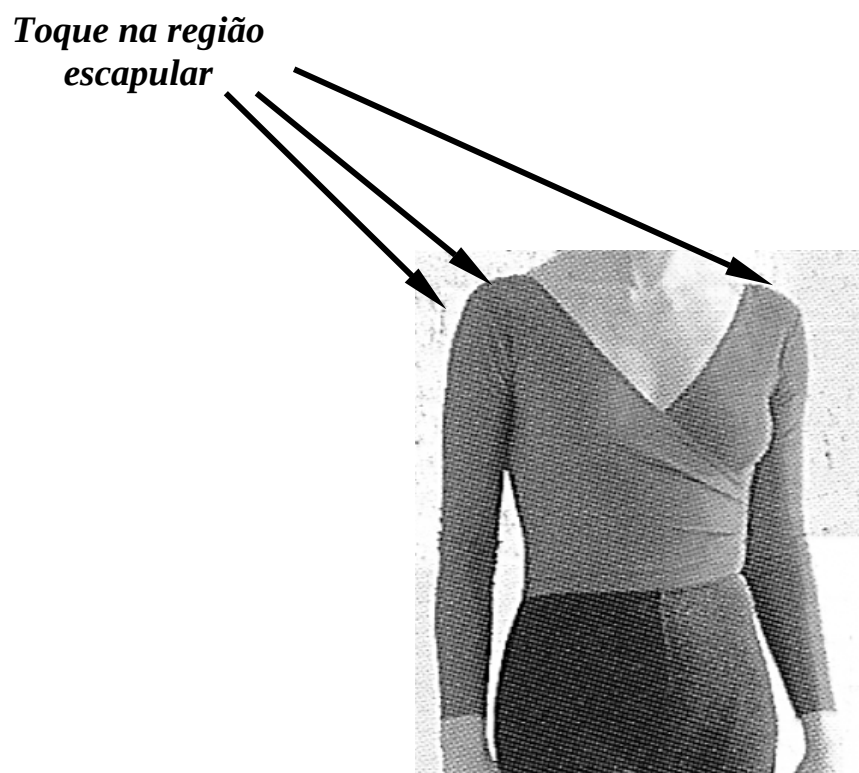


Figura 13 – Toque na Região Escapular