

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ÍTALO BRASILEIRO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL - ROLFING®**

MARCIA REGINA MORGADO CINTRA

**O CONCEITO DA AUTOTOMIA NA PRÁTICA DA
INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL -
ROLFING®**

**SÃO PAULO
2011**

MARCIA REGINA MORGADO CINTRA

**O CONCEITO DA AUTOTOMIA NA PRÁTICA DA
INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL -
ROLFING®**

Monografia de Conclusão de Curso de Pós-Graduação apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista (lato sensu) em Rolfing®, sob orientação do Professor Doutor Pedro Otávio Barretto Prado.

**SÃO PAULO
2011**

MARCIA REGINA MORGADO CINTRA

O CONCEITO DE AUTOTOMIA NA PRÁTICA DA
INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL- ROLFING®

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Rolfing® sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Otávio Barretto Prado.

Nota _____

Data da Aprovação: ____/____/____

Prof. Dr. *Pedro Otávio Barretto Prado*

Assinatura_____

Dedico esse trabalho aos profissionais
éticos e verdadeiros, que tem uma visão
humanista do indivíduo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo amor e reconhecimento, em especial à Mariana por tornar a minha vida mais viva.

Agradeço as pessoas que me ajudaram a descobrir o médico, o poeta e o escultor dentro de mim, Fábio Landa, Hulda Bretones, Hubert Godard e Helena Ciampolini.

Agradeço a Pedro Prado por abrir nosso caminho.

Agradeço a cliente da pesquisa pela confiança, compromisso e entrega ao trabalho.

Agradeço a Professora Emília S. M. Seo por sua dedicada orientação e ajuda na organização do trabalho.

“Dentro de cada um de nós existe um médico, um poeta e um escultor. O corpo nos oferece mensagens escritas, precisamos do alfabeto para ler essas mensagens.” Fábio Landa

RESUMO

É fato comum atualmente, pessoas que procuram terapias corporais, relatarem alterações da percepção de partes do corpo e até por vezes o não reconhecimento do corpo como sendo seu. Buscou-se em um conceito da psicanálise, a autotomia, cunhado por Sándor Ferenczi, (que vincula a clivagem entre os aspectos da experiência humana por necessidade de sobrevivência, isso é, a tendência a rejeitar o órgão em estado de tensão), a relação entre esse fenômeno e alterações da propriocepção e percepção. Sendo a Integração Estrutural - Rolfing® um método com uma visão sistêmica, que considera os aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais do indivíduo, discute-se a possibilidade da Integração Estrutural - Rolfing® facilitar o reconhecimento do corpo, a conexão das partes do corpo, propiciar mudanças que abrangem o comportamento e a atitude do sujeito e também despertar a consciência da inter-relação das dimensões humanas presentes na própria experiência. Para tanto realizou-se um estudo de caso, no qual foi possível a exploração dessa relação, sendo que o sujeito se submeteu a uma série de quinze sessões de Integração Estrutural - Rolfing®, foi avaliado antes da primeira, e depois da última sessão, tendo sido utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista Inicial (Prado,2006), Relatório do Cliente (Prado,2006), Questionário de instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida – WHOQOL - Abreviado (OMS,1998), e anotações feitas pela pesquisadora após as sessões. Baseado nos dados obtidos, pudemos constatar que o reconhecimento do corpo, como as mudanças estruturais e psicológicas foram facilitadas com a intervenção. Conclui-se que os conceitos psicanalíticos, em especial a autotomia, enriquecem a compreensão das inter-relações das várias dimensões do ser humano, e que esse fator vai de encontro a visão da IE- Rolfing®, de se lidar com a pessoa em sua natureza multi-dimensional, visões que se complementam.

Palavras - chave: Autotomia, Rolfing, Relação, Propriocepção, Percepção

ABSTRACT

It is a fact today that among the people seeking corporal therapies there are reports on alterations related to their perceptions of parts of their bodies, and oftentimes on the non-recognition of the body as being theirs. Through the psychoanalytical concept of autotomy, coined by Sándor Ferenczi,(that relates the clivage between the aspects of the human experience caused by the need of survival, i.e., the tendency to reject the organ that is in a state of tension), we have sought to find a relation between this phenomenon and the alterations in the proprioception and perception. Being the Structural Integration – Rolfing a method with a systemic vision that takes into consideration the physical, emotional, mental and social aspects of the individual, there is a possibility that the Structural Integration – Rolfing facilitates the recognition of the body, the connection of its parts, enables changes comprehending the subject's behavior and attitude, and awakens consciousness of the interrelations of the different dimensions present in his/her own experience. For this, a study case was conducted whereby the subject submitted himself/herself to a series of fifteen sessions of Structural Integration - Rolfing®, having been evaluated before the first session and after the last session, and where the following instruments were utilized: A First Interview (PRADO, 2006), a Client Report (PRADO,2006), a Quality of life assessment instrument – WHOQOL- BREF (OMS,1998), notes made by the researcher after the sessions. Based on the obtained data, we learnt that the recognition of the body, like the structural and emotional changes, was facilitated by the intervention. We concluded that the psychoanalytical concepts, especially autotomy, contribute to a richer understanding of the inter-relations of the various dimensions of the human being, and that this factor matches the E- Rolfing® vision of dealing with the person in his or hers multi-dimensional nature - visions that complement each other.

keywords: Autotomy, Rolfing, Relation, Proprioception, Perception

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL - ROLFING®	6
2.3 PROPRIOCEPÇÃO, PERCEPÇÃO E IMAGEM CORPORAL	13
2.4 PSICANÁLISE E AUTOTOMIA	19
CAPÍTULO 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	24
CAPÍTULO 4 RESULTADOS E ANÁLISE	26
CAPÍTULO 5 DISCUSSÃO	36
CAPÍTULO 6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	45
BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	47
GLOSSÁRIO	48
ANEXO A.....	50
ANEXO B.....	58
ANEXO C.....	62

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

É bastante comum e fato recorrente o relato de pessoas que procuram terapias corporais, apresentando alterações de percepção de partes do corpo e algumas vezes até mesmo o não reconhecimento do corpo como sendo seu, como algo que lhe pertence.

Para Ferenczi (1990), essa reação corresponde a fuga psíquica diante dos sentimentos demasiado intensos de desprazer, correspondendo a tendência para rejeitar o órgão em estado de tensão.

[...] os zoologistas observaram a existência em certos animais de um singular modo de reação, a autotomia, que consiste no seguinte: o animal desprende do seu corpo, ou seja, “deixa cair” literalmente, por meio de movimentos musculares específicos, aqueles de seus órgãos que estiverem submetidos a uma irritação excessivamente intensa ou que, de algum modo, o façam sofrer. Essa reação corresponde, por certo, a um traço fundamental de todo ser vivo, e podemos supor que representa o modelo biológico de recalçamento, ou seja, essencialmente, a fuga psíquica diante dos sentimentos demasiado intensos de desprazer. Essa descarga, no sentido da tendência para a autotomia, só pode corresponder a tendência para rejeitar o órgão em estado de tensão (FERENCZI, 1990, pp.36-37).

Nos relacionamos com o ambiente externo através das informações recebidas pelos órgãos dos sentidos, que são componentes da percepção; visão, audição, olfato, paladar, tato e, atualmente considerada como o sexto sentido, a propriocepção.

A Propriocepção (do latim, próprio - de alguém, mais ceptive - receber) refere-se ao uso do “input” sensorial, está presente por meio de receptores nos fusos musculares e órgãos tendinosos de Golgi. É parte inconsciente e parte consciente, e, no caso da segunda, pode contar com a ajuda de receptores de tato e receptores para sensibilidade vibratória. A propriocepção permite ao indivíduo, mesmo de olhos fechados, ter percepção do seu próprio corpo e de suas partes, bem como da atividade muscular e do movimento das articulações.

A perda da propriocepção faz com que o indivíduo seja incapaz de localizar, sem ver, a posição de seu braço ou sua perna.

Sinto que meu corpo está cego e surdo para si mesmo...ele não tem o "senso de si mesmo". A paciente em questão, sofreu a perda de sua propriocepção, sente que seu corpo está morto, que ele não é real, que não é dela - ela não pode apropriar-se dele (SACKS, 1970, p.67).

Ao mesmo tempo, a percepção também é responsável por dar significado aos estímulos sensoriais recebidos.

Para Schilder (1999, p.12), quando percebemos ou imaginamos um objeto, ou quando construímos a percepção de um objeto, não agimos meramente como um aparelho perceptivo. Existe sempre uma personalidade que experimenta a percepção. A percepção é sempre o nosso modo de perceber.

[...] cada sensação só adquire sentido e significado em conexão com o corpo como um todo, de modo que o esquema geral deveria ser: 1) percepção; (2) sensação; (3) relação da sensação com o corpo como um todo (imagem corporal); (4) reação da personalidade como um todo (SCHILDER, 1999, p.109).

O que faz um indivíduo total é a interação apropriada dos vários sistemas e seu funcionamento inter-relacionado, o que significa mais que um agregado de partes distintas para haver função, um sentido.

Ao apresentar alterações da percepção de partes do corpo, o indivíduo pode ter movimentos limitados, dificuldade de relacionar as causas de desconforto e diminuição de processos defensivos inerentes ao organismo.

Esse processo afeta o funcionamento dos vários sistemas, as respostas naturais do organismo, a qualidade de vida do indivíduo.

O mecanismo aparente de reação ao choque psíquico é frequentemente miofascial, um fato negligenciado da vida. É muito comum um soldado exposto a dura realidade da guerra reagir vomitando – uma reação muscular que dramatiza a rejeição emocional. Essa é a resposta saudável a experiência inaceitável. O desvio disso é parte do padrão tóxico da neurose. (ROLF, 1990, p.255).

Baseando-se nesses conhecimentos apresentados acima, buscou-se identificar as razões, os significados do amortecimento da percepção de partes do corpo, ou do corpo como um todo, sua relação com a propriocepção, com a percepção, e a aplicação do conceito de autotomia usado na idéia ferecziana desse fenômeno.

Defendeu-se no presente estudo a hipótese desse fenômeno ser a expressão de um amortecimento, uma anestesia de uma parte “machucada”, sendo causado por traumas físicos, traumas psicológicos e dor.

A IE-Rolfing® tem como pressuposto o homem como ser indivisível e considera o trabalho numa visão holística, em um conceito denominado pela IE-Rolfing® de “Holograma do Ser”, onde todos os aspectos ou dimensões humanas estão presentes, os aspectos físicos, emocionais, mentais, sociais e espirituais.

É um trabalho corporal, realizado por meio de uma série de sessões, entre 10 e 15 sessões com o objetivo de organizar e integrar as estruturas humanas e a força da gravidade. É regido por princípios de intervenção que visam a melhor criação de estratégias para as sessões, em que o princípio do Holismo completa e compreende todos os outros em sua realização.

“Nenhum princípio pode ser completamente atingido a menos que todos sejam completamente atingidos” (MAITLAND; SULTAN, 1992, p.19).

Compreende a visão de que corpo é um todo, no qual nenhuma parte é mais importante para a organização do todo do que o todo em si e nenhum componente do corpo pode ser adequadamente compreendido, quando isolado do todo e de sua relação com o ambiente.

Com o processo realizado nesse estudo de caso, procuramos identificar as possíveis razões e significados da alteração da percepção, amortecimento de partes do corpo, bem como facilitar a compreensão das relações das diferentes dimensões do ser, do reconhecimento do corpo, conexão das partes, mudanças estruturais e

psicológicas que podem estar relacionadas.

O trabalho foi realizado dentro de uma proposta que apresenta o processo de IE-Rolfing® como facilitador do reconhecimento do corpo, de suas partes e a conexão de suas partes, do significado de alterações da percepção, possibilitando ao indivíduo sentir a unidade corporal, e a inter-relação das dimensões humanas que residem no corpo.

É visto como um processo que leva em conta todos os aspectos envolvidos no indivíduo como ser indivisível. Não como relação entre partes, mas com um todo.

Se por exemplo dizemos que as pernas estão congruentes com a coluna, estamos falando na linguagem do Rolfing clássico. Se acrescentarmos que a estrutura fascial é congruente com o padrão de caminhada do cliente, nós incorporamos a linguagem da integração pelo movimento (Rolf). Mas com o Rolfing de orientação processual, podemos ir além, e discutir como sendo elementos da estrutura aqueles fatores que contribuem para a formação ou manutenção dos padrões fasciais, tais como configurações posturais e funcionais aprendidas, auto-definição, linguagem corporal, hábitos emocionais, e exigências do entorno social. Podemos então dizer que o comportamento do cliente também é congruente com sua estrutura fascial. (CASPARI; ZORN, 2003, pp.9-14).

Acredita-se que a propriocepção nos dá a noção de existência, no aspecto físico, sendo de suma importância para a informação perceptiva, como também o corpo físico é somente um dos aspectos do ser humano, e que neste compreende outras dimensões de sua existência; como impressões, emoções e história.

Temos um início para reflexão, como um “pano de fundo”, para buscar a possibilidade da inter-relação entre o conceito da autotomia, de Ferenczi, citado no início do capítulo, e possíveis “falhas” na propriocepção e, alterações na percepção. Desenvolvendo no presente trabalho, um olhar atento a todos os aspectos da experiência.

Dividimos esse trabalho em 6 capítulos principais:

A presente introdução, primeiro capítulo, apresenta as relações da propriocepção, percepção e, o conceito de autotomia.

O segundo capítulo apresenta conceitos da IE-Rolfing[®], teorias da propriocepção, percepção e imagem corporal, conceitos da psicanálise e autotomia .

No terceiro capítulo apresentamos a casuística do sujeito da pesquisa e a metodologia qualitativa utilizada na realização desse projeto de pesquisa, no caso, estudo de caso.

No quarto capítulo apresentamos a análise e os resultados obtidos a partir dos seguintes instrumentos de avaliação: uma Entrevista Inicial, parte preenchida pelo sujeito da pesquisa e parte anotado pela pesquisadora (anexo A), Relatório do Cliente, preenchido pelo sujeito da pesquisa (anexo B), um Questionário de Qualidade de Vida, preenchido pelo sujeito da pesquisa no início e término do processo (anexo C), anotações feitas pela pesquisadora após cada sessão, relato do sujeito ao final do processo.

No quinto capítulo a discussão dos resultados.

No sexto capítulo a conclusão.

CAPÍTULO 2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Integração Estrutural – Rolfing® (IE - Rolfing®)

A IE-Rolfing® é denominada como um método que, por meio da manipulação do tecido conjuntivo (fáscia) e da educação do movimento, busca a integração das estruturas humanas, melhor organização do corpo e movimentos mais harmônicos.

Criado pela Dra Ida Rolf, bioquímica norte-americana em meados de 1950, a partir de seus conhecimentos como pesquisadora em sua área e também de conhecimentos e experiências pessoais com trabalhos que buscavam estimular a cura inerente ao organismo vivo, como Ioga, Homeopatia e Osteopatia, que defendem que intervenções específicas podem levar o organismo a produzir as substâncias necessárias, melhorar as funções, estimular a evolução pessoal, e trazer mais harmonia, isto é, o corpo pode curar-se.

Trazendo no seu desenvolvimento, a visão da totalidade, discute sobre métodos da época, que traziam padrões de especialização – onde há uma divisão de partes e aspectos do indivíduo, examinando-os mais e mais cuidadosamente, na expectativa de resolver problemas e “consertar” o que estava errado.

Rolf (1963), em seu artigo, se pergunta: - “Um homem inteiro é um homem que foi curado de uma enfermidade? Ou poderíamos descobrir uma totalidade que fosse maior que a soma das partes?”

Para o médico especialista, este corpo, e apenas ele, é o homem. Para o psiquiatra, o corpo é menos que o homem; é meramente a expressão externa da personalidade. Para Rolf o corpo físico, ao invés de ser a expressão do Homem, é, na verdade, a própria personalidade do Homem.

“A personalidade física não é algo separado, estranho ou diferente da personalidade psíquica, mas parte de uma entidade psicofísica covariante

internamente” (ROLF, 1990, p.8).

Para Rolf,(1963) “o corpo físico é a unidade energética à qual chamamos de homem na sua realidade material e tridimensional. O padrão é apenas a exteriorização da unidade energética, e este padrão particular é o único que esta unidade energética, no seu nível atual, pode manifestar”(p.6).

Em seu livro Road to Reason (Caminho para a razão), Lecomte du Nuoy diz: “Enquanto ignorarmos as relações que unem um fenômeno físico- químico ao fenômeno psíquico e vital que pode acompanhá-lo em um organismo vivo, não podemos dizer que entendemos completamente seu significado”. Esse incansável estudioso passou a maior parte de sua vida pesquisando o homem como um todo. Com essas palavras ele registra sua certeza de que a soma das partes separadas ou mesmo de sistemas fisiológicos separados aceitos pela tradição clássica não constitui um ser humano (ROLF, 1990, p.181).

A partir dessa visão Rolf passa a desenvolver um trabalho onde sua palavra chave é a relação, todas as relações que compõe um indivíduo, a relação com o tempo, sua relação com o espaço que ocupa, a relação com a gravidade, a percepção de dentro e fora, a relação do indivíduo e o meio-ambiente.

Estou lidando com problemas no corpo para os quais nunca existe apenas uma causa. Gostaria que para vocês ficassem mais reais os processos circulares que não agem no corpo mas que são o corpo. O processo corporal não é linear, é circular; é sempre circular. Alguma coisa fica “atravessada” e os efeitos disto se alastram interminavelmente, como ondas. O corpo é uma teia, onde tudo está conectado a tudo (FEITIS, 1986, p.78).

Defende que olhar para a estrutura humana significa olhar para o ser humano em suas relações consigo mesmo e com o ambiente em que vive. Não eram novos instrumentos para se fazer a mesma coisa, mas sim um jeito novo de conceber o trabalho com o ser humano. As partes já não tinham sentido a não ser em relação às outras partes e com o todo. Mais importante que a técnica da manipulação do tecido conjuntivo (fáscia), da educação do movimento, o ponto de vista é que faz a diferença em IE-Rolfing®.

Com a necessidade de uma organização metodológica para sua prática e

para o ensino de seus conhecimentos, criou um protocolo que chamou de “receita”, originalmente composto de 10 sessões, e nesta, há uma ordem de procedimentos das manipulações que são orientados por princípios.

Esses princípios estão contidos na elaboração das sessões pela Dra Rolf, mas somente organizados em um artigo, por dois profissionais que foram seus alunos, Jeffrey Maitland e Jan Sultan em 1992. Permitem a tomada de decisões clínicas, a elaboração de estratégias, visando a particularidade de cada indivíduo.

Norteiam as intervenções os princípios do holismo, do suporte, da adaptabilidade, da palintonicidade e do fechamento.

O princípio do Holismo descreve o modo como o profissional precisa conceber a estrutura humana, sendo o princípio maior, que compreende todos os outros. Partindo da observação de que o corpo é um todo, no qual nenhuma parte é mais importante para a organização do todo do que o todo em si, a disfunção somática reflete-se em todos os aspectos do ser e nenhum componente do corpo pode ser adequadamente compreendido quando isolado do todo e de sua relação com o ambiente.

“Nenhum princípio pode ser completamente atingido a menos que todos sejam completamente atingidos. (MAITLAND; SULTAN,1992, p.19 *apud* MOTTA, 2003, p.16).

No princípio do suporte, uma intervenção é bem sucedida na medida em que o cliente efetivamente encontrar suporte na gravidade para a mudança proposta. A referência é a maneira como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e também com o espaço e o tempo, a gravidade e o ambiente.

“A integração somática é função do suporte disponível”. (MAITLAND; SULTAN, 1992, p.20 *apud* MOTTA, 2003, p.18)

O princípio da adaptabilidade se trata da possibilidade do indivíduo se adaptar as intervenções, aceitando novas opções de alinhamento, da percepção de

si e de movimento. Na estrutura corporal, na relação das diferentes dimensões da pessoa, na relação com o meio. Se não houver essa possibilidade, o corpo do indivíduo retorna ao estado anterior ou a fixação apenas muda de lugar.

“A integração somática é uma função da capacidade da pessoa de se adaptar adequadamente a um ambiente em constante mutação”. (MAITLAND; SULTAN,1992, p.19 *apud* MOTTA, 2003, p.18)

O princípio da palintonicidade, refere-se à harmonia dos opostos, equilíbrio ortogonal, e à natureza do ser humano, em relação a ele mesmo. Em grego, Palintonos refere-se ao diálogo dos opostos; é a relação entre as dimensões espaciais que precisa ser respeitada concomitantemente. Este arranjo reflete a ordem existente e em transformação.

A integração somática é função da harmonia palintônica. Esta harmonia descreve uma ordem espacial – dentro/fora, anterior/posterior, superior/inferior e também se refere aos aspectos do holograma do Ser (aspecto físico, emocional, mental, espiritual e social) (MAITLAND; SULTAN,1992, p.19 *apud* MOTTA, 2003, p.18).

O princípio do fechamento se refere ao momento da maior integração disponível. Quando o indivíduo alcança o maior nível de integração somática e perceptiva disponíveis, considerando-se as limitações presentes neste tempo e neste espaço, sustentando as mudanças propostas sem nenhuma outra intervenção.

“Toda intervenção, sessão ou série de sessões, tem um começo, meio e fim” (MAITLAND; SULTAN,1992, p.20 *apud* MOTTA, 2003, p.19).

A descrição dos princípios possibilitou a elaboração de um plano de trabalho, respeitando as necessidades individuais. Como também, tornando mais clara as relações dos diferentes aspectos contidos no indivíduo e suas relações.

Mais uma importante contribuição ao trabalho, foi feita a partir da inclusão da experiência do cliente no processo.

Maitland (1995), ao sugerir a fenomenologia como contexto filosófico para este trabalho, expandiu em relação às propostas de Ida Rolf, no sentido de incluir explicitamente no processo de Integração Estrutural a experiência do cliente, trazendo para o Rolfing um paradigma fenomenológico, com suas decorrentes implicações clínicas. (PRADO, 2006, p.29)

Fator existente na idéia de como lidar com a conscientização de padrões estruturais e funcionais, mas ainda não totalmente disponível para interagir de maneira mais completa com o indivíduo.

Rolf (1999) mencionava em sua metodologia a repadronização do movimento como essencial para a mudança de função e a mudança desta para a estabilização da estrutura. Para tal, concorriam à conscientização de padrões estruturais e funcionais. O germe do lidar com consciência no Rolfing já existia, porém, pouco mencionava sobre a participação do cliente neste processo, ou sobre como se dá a relação entre terapeuta e cliente, ou ainda, que papel ela tem no desenvolver deste. (PRADO, 2006, p.30)

Para Prado (2006), posturas diferentes, viabilizadas por uma maior integração da estrutura humana viabiliza um equilíbrio diferente e, como decorrência ocorre alteração de percepção, de si e do ambiente; qualifica esta interação, levando a novas atitudes, a diferentes estados de prontidão para a ação e para as formas de relação consigo mesmo e para com o mundo.

E dá mais um passo em direção a compreensão do indivíduo, e a inclusão de sua experiência, dizendo que a percepção que a pessoa tem de seu corpo, de seu movimento, a relação dela consigo mesma, acabam por representar sua subjetividade. É um corpo em constante dinâmica de formação que se construiu e que se construirá através da relação do sujeito consigo mesmo no ambiente. Esta relação vai constituir-lo. Para ela concorrem os sistemas de percepção (de si e do ambiente), seus movimentos e experiências e, sobretudo, a atribuição de significados, presentes nas dimensões afetivas desta dinâmica construtiva e formativa. O afeto é uma dimensão onipresente na formação e transformação do ser e em sua expressão. Enfim, gostamos ou não gostamos do que acontece conosco, atribuímos significados aos fatos e a isto reagimos e literalmente nos formamos.

Prado, propõe o trabalho com o significado, sua exploração, e abre metodologia técnica para tanto: Assim como a gravidade une as perspectivas estrutural e funcional, ela também é a chave para o trabalho com significado. O campo de exploração portanto é de como o significado e a dimensão subjetiva afetam e são afetadas pela organização e função do ser na gravidade (PRADO, 2005, p.5 *apud* PRADO, 2006, p.58)

Godard (1994), trouxe a “Teoria da Função Tônica” para a IE-Rolfing®. Um embasamento teórico que permite lidar simultaneamente com estrutura, função e contexto, incluindo a coordenação do movimento, o papel da percepção na organização da estrutura e do movimento, o universo de significação e sua relação com a gravidade.

A Função Tônica é uma descrição dos fatores que consciente ou inconscientemente são negociadas quando tentamos modificar a qualidade da função de uma pessoa através da IE-Rolfing®. Todos esses elementos são entradas potenciais para modificar as respostas do corpo à gravidade. A estrutura física, a coordenação - como equilíbrio da ação entre musculatura tônica e musculatura fásica, a percepção e o aspecto psicológico.

O movimento em relação à resposta à gravidade é formado antes de movermos e que não pode ser mudada pelo controle voluntário direto. Somente pela mudança da percepção, emoção ou o significado da situação nós podemos mudar a resposta da gravidade. Nós não podemos aprender imitando um modelo de ideal movimento para mover de um jeito ideal. A forma do movimento certo depende da construção de cada um e do jeito de cada pessoa sentir seu corpo e o espaço circundante e do jeito que cada um categoriza a situação (FRANK, 2002, pp.2-6).

Godard (1994) indicou também, que temos duas causas para limitações no movimento e no gesto, que categoriza como “lesões”, que são restrições no tecido, aderências da fáscia; ou por “inibição”, que são restrições na percepção, o que inclui o não aprendido ou desenvolvido, traumas, emoções e significados. Dizendo quais partes do corpo estão aferentemente vivas, quais partes do corpo estão faltando, não conscientes, não aferentes.

Para o autor, percepção ou impressão se refere a como o indivíduo está recebendo a sensação, o que imagina, e o que percebe fora do corpo. A coordenação pode ser descoberta através da atenção para com a percepção. Mudando o significado simbólico do movimento ou o ambiente em que ele ocorre.

Esta impressão é tanto dentro (sistema autônomo), quanto fora (mundo externo). Não tendo as duas categorias de percepção ativa, e ao mesmo tempo, é limitada a capacidade do sistema de resposta à gravidade, limitando a capacidade adaptativa ao movimento.

Para Frank (2002) quando discute a teoria de Godard: “Desfazer o comportamento reflexivo, deve ser abordado através dos princípios da percepção e coloração simbólicas”(pp.4-7).

Merlino (2005) em seu trabalho sobre corpo-mente, imagem corporal e aspectos perceptuais, cita baseada em Godard:

O espaço que nos circunda não é neutro. Godard afirma que carregamos nossa história na nossa kinesfera, e às vezes a kinesfera contém vetores com o qual não nos comunicamos mais. Naquele vetor o potencial de ação foi perdido. Pode ser o vetor espacial de onde no passado veio uma batida de carro, uma agressão, o trauma de uma queda, um susto. Ali não conseguimos mais nos projetar, a comunicação cessou, e a lesão tem início. Godard salienta que a paleta de emoções que pode dar origem à inibição é enorme: vai da timidez, à vergonha, à repressão e negação. Esta inibição determina o que podemos e o que não podemos manifestar como gesto e vai construindo um “espaço” particular e único. A não-permissão de projeção e relacionamento em alguma direção do espaço vai condicionar que aquele corpo se encerre nele mesmo. Assim, deixa de haver a troca necessária e as tensões internas surgem. O corpo perde o Potencial de Ação naquela direção. Tensões internas são criadas, silêncios são instalados. E o corpo deixa de se comunicar na sua plenitude com o ambiente que o circunda (MERLINO, 2005, pp.56-57)

2.2 Propriocepção, percepção e imagem corporal

Para percebermos o mundo ao redor, temos que nos valer dos nossos sistemas sensoriais. As informações captadas do ambiente e as informações internas – do próprio indivíduo, estimulam receptores sensoriais especializados.

Por meio dos órgãos da percepção essas informações são conduzidas aos centros nervosos, onde são associadas, interpretadas, e continuamente se ajustam ao ambiente para nossa sobrevivência.

Tudo isso orquestrado pelo Sistema Nervoso Central, que tem a função de relacionar o indivíduo com o ambiente, integrando as diferentes informações recebidas dos órgãos sensoriais para determinar a resposta a ser executada pelo organismo.

É composto pelo Sistema Nervoso Somático (de relação), responsável por relacionar o organismo com o meio ambiente; Sistema Nervoso Visceral (da vida vegetativa), para a constância do meio interno; e neurônios de Associação, situados no encéfalo, que representa aumento das sinapses – comunicação entre neurônios, aumentando a complexidade do sistema nervoso e permitindo a realização de padrões de comportamento cada vez mais elaborados, e se acredita serem os responsáveis pelo surgimento das funções psíquicas superiores.

Alguns receptores sensoriais, atualmente conhecidos como sentidos especiais, estão restritos à cabeça: visão, audição, paladar e olfato e, acredita-se hoje, o sistema vestibular - equilíbrio.

E outros, atualmente conhecidos como sentidos gerais, o chamado sistema sensorial somático geral (somatossensorial), que compreende o tato, a propriocepção, a dor e a sensação térmica. São receptores sensoriais localizados em todo o corpo, em especial na pele.

O tato recebe diferentes informações vindas de receptores mecânicos (mecarreceptores) situados na pele, que indicam pressão e vibração. Sejam das mais sutis às mais intensas ou profundas.

A propriocepção se localiza mais profundamente, situando-se nos músculos, tendões, ligamentos e cápsulas articulares, podem ser conscientes e inconscientes. Vias que se somam e completam a informação proprioceptiva.

- A via da propriocepção consciente localiza o tato epicrítico (discriminativo), nos informando o local exato onde a pele está sendo tocada, recebendo informações da pele, dos órgãos tendinosos de Golgi e fusos musculares. Localiza também a sensibilidade vibratória, que percebe estímulos mecânicos repetitivos. Dá o sentido de posição e movimento, é o que permite sem o auxílio da visão situar uma parte do corpo ou perceber seu movimento. Sem a propriocepção consciente, perde-se essa capacidade, sendo necessária a visão para situar posição e movimento corporal. Os estímulos chegam ao córtex cerebral, seu caminho é a medula, bulbo, tálamo e área somestésica.
- A via da propriocepção inconsciente corresponde àquela modalidade de sensação, sensibilidade da pele, dos músculos e visceral. Regula a atividade muscular, através de reflexos e estimula centros nervosos envolvidos na atividade motora, em especial o cerebelo. Seu caminho é a medula, bulbo e cerebelo.

Sherrington (1906,1940) denominou "nosso sentido secreto, nosso sexto sentido" – o contínuo mas inconsciente fluxo sensorial das partes móveis do nosso corpo (músculos, tendões, articulações) por meio do qual a posição e o tono destas são continuamente monitorados e ajustados[...] é indispensável para nosso senso de nós mesmos, pois é apenas graças a propriocepção, por assim dizer, que sentimos que nosso corpo é caracteristicamente nosso, "nossa propriedade", algo nosso (SACKS, 1970, p.59).

Gaiarsa (1991), defende que a propriocepção é a estrutura intencional da consciência e do inconsciente.

Os músculos, que nos carregam e equilibram continuamente, são órgãos sensoriais, e não apenas atuadores. A figura sensorial de sua ação está continuamente na consciência. De qualquer ação que pratiquemos, em qualquer atitude que estejamos, temos instantaneamente na consciência uma representação proprioceptiva, representação que contém, simultaneamente, todas as forças em jogo, tanto as “psicológicas” (intenções, desejos, temores), quanto as mecânicas. Poderíamos dizer tanto conscientes como as inconscientes, ambas contidas, sem separação nítida, no mesmo esquema sensorial. (GAIARSA,1991, pp.32-33)

A dor, sensação desconfortável evocada por receptores que detectam estímulos mecânicos e químicos muito intensos (ameaçam uma lesão), ou decorrentes de lesões teciduais em curso. Distribuídos por toda extensão do corpo, por meio de terminações nervosas livres em toda a pele e em alguns tecidos internos.

A sensação térmica que, por meio de seus receptores localizados na pele, é o indicador para o calor e frio.

Em termos de informações sensoriais, a pele tem um papel muito importante, podemos fechar os olhos, por exemplo, para nos desligarmos do meio externo quando dormimos, como também tapar os ouvidos para não receber um estímulo sonoro, tapar o nariz com a presença de um odor desagradável para nós, recusarmos um alimento, mas nossa pele não se fecha, não há a possibilidade natural de não receber estímulos pelo tato.

Anzieu (1988), psicanalista francês, formulou a noção do Eu-pele, que se trata de uma representação que a criança teria de si mesma nas fases mais precoces do desenvolvimento, como um **eu** contendo conteúdos psíquicos a partir de sua experiência da superfície do corpo.

Tendo três funções básicas: ser o continente que retém as boas experiências, ser a interface que delimita o dentro e o separa do fora, formando uma barreira de proteção contra as agressões exteriores e, por último, ser um lugar de comunicação com os outros, ao mesmo tempo em que seria lugar de inscrição de

traços deixados pelas relações significativas estabelecidas. Estabelece barreiras e, ao mesmo tempo, efetua trocas.

A ênfase na importância da experiência tátil se dá devido a ser uma interface, com dupla possibilidade de percepção, tanto interna quanto externa, estabelecendo barreiras e, ao mesmo tempo, efetuando trocas.

Pelo sistema sensorial temos toda a informação interna, como também do ambiente, regulando nosso funcionamento e ajustes necessários à ação, bem-estar e melhor adaptação.

Essas informações são acompanhadas de representações, significados, que denominamos de percepção, dando significado a estímulos sensoriais a partir do histórico de vivências passadas. Organiza e interpreta as impressões sensoriais para atribuir significado a seu meio.

O termo percepção designa o ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior. Trata-se da apreensão de uma situação objetiva baseada em sensações, acompanhada de representações e julgamentos.

Para Ramachandran (1998), a percepção não se trata de simples imagens no cérebro, e sim representações simbólicas de objetos e acontecimentos no mundo exterior. É o resultado final de uma interação dinâmica entre sinais sensoriais e informações armazenadas sobre imagens do passado. É sempre relativa, nunca absoluta, governada por comparações, dependendo sempre do contexto circundante.

A partir dos estímulos sensoriais conhecemos, representamos, damos significado às coisas, ao mundo, nomeamos os objetos exteriores, reconhecemos nós e os outros.

Damásio (2004:91) ensina que o sentimento de uma emoção é a *percepção do corpo* funcionando de uma certa maneira. Se os sentimentos são percepções corporais, são comparáveis a outras percepções corporais, e também operam através de sinais sensoriais

mapeados no cérebro. A diferença é que o objeto que dá origem a essas sensações está *dentro* do corpo e não fora dele. Faz parte do organismo vivo que sente (MERLINO, 2005, p.29).

Schilder (1999) define a imagem do corpo humano como a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós.

Há sensações que nos são dadas. Vemos partes do nosso corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vêm dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação, sensações provenientes da inervação dos músculos, e sensações provenientes das vísceras. Além disso, existe a experiência imediata de uma unidade do corpo. Essa unidade é percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema do nosso corpo, ou, esquema corporal. O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. Não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação. Existe uma apreensão do corpo. Embora nos tenha chegado através dos sentidos, não se trata de mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação (SCHILDER, 1999, p.7).

O córtex sensorial é também um armazém de impressões passadas, estas modificam as impressões produzidas pelos impulsos sensoriais que entram, de tal maneira que a sensação final emerge na consciência carregada de uma relação com alguma coisa que aconteceu antes.

Sendo a imagem corporal a representação mental do corpo relacional que deve a sua estruturação à vivência afetiva, significando que esta imagem está carregada de experiências pessoais e por isso passa por constantes transformações baseadas na forma como agimos e sentimos.

Para Ramachandran (1998) a imagem corporal é plástica, transitória, usamos um modelo que seja temporariamente útil.

Sua estruturação depende das suas relações com o outro ou com objeto. Sua construção depende do contato do corpo com o mundo, que pode aceitá-lo ou rejeitá-lo definindo assim, a identidade da pessoa, baseada, não somente em memórias e experiências, mas também em intenções, tendências e aspirações.

Tenta-se preservar a todo custo uma visão coerente do mundo e, para fazê-lo bem, às vezes tem-se que fechar a entrada de informação que seja potencialmente “ameaçadora” à estabilidade do eu, da individualidade.

A dor, as zonas erógenas, as ações de nossa mão sobre o corpo, o interesse dos outros pelo nosso corpo e a dor provocada pelas funções de nosso corpo, são fatores importantes para a estruturação final da imagem corporal (MOTTA, 2003, p.61).

2.3 Psicanálise e autotomia

Segundo Ferenczi (1993), para a criança recém-nascida mal existe “um mundo externo”, todos os seus desejos de proteção, de calor e de alimento estão assegurados pela mãe.

Não existe nesse momento ela e o mundo externo. Ela percebe tudo que acontece como sendo seu, não tem noção do encadeamento real de causas e efeitos, nem da existência e atividade das pessoas que cuidam dela.

Seu desenvolvimento se dá, segundo Freud e Ferenczi, através de estágios onde, pouco a pouco, passa a diferenciar suas sensações internas, o mundo externo, as coisas e pessoas, a produzir sinais, gestos e por fim linguagem para obter o que quer ou necessita. Representa e significa o que percebe e vive.

Para Landa (1998), seu ponto de partida são as sensações de satisfação de suas necessidades, sensações vindas de seu corpo. Sua atenção é atraída, em primeiro lugar, para as coisas e os processos do mundo externo que lhe recordam suas experiências mais caras.

Estabece assim relações simbólicas, persistentes a vida inteira, entre o corpo humano e o mundo dos objetos. Nesse estágio, a criança só vê no mundo reproduções de sua corporalidade e, por outro lado, aprende a figurar por meio de seu corpo toda a diversidade do mundo externo.

“Para Ferenczi, não tem nenhuma função e nenhuma parte do meu corpo que não seja o símbolo de alguma coisa. E todo o meu funcionamento é simbólico”(LANDA, 2005).

Para Schilder (1999), imagem do corpo tem que ser desenvolvida e construída. Sempre que uma parte da imagem corporal recebe importância excessiva, a simetria e o equilíbrio internos da imagem corporal são destruídos.

O esquema corporal como um unidade construída a partir de diversas fontes, mas ainda não consideramos o fato dessa unidade não só incorporar partes como também, e frequentemente, abrir mão destas. A unidade também corre um perigo contínuo de perder algumas de suas partes. Há, igualmente, partes dessa unidade que não estão continuamente presentes, que são expelidas. Não como também para destruir só existe uma tendência para estruturar o modelo postural do corpo essa imagem (SCHILDER, 1999, p.207).

Da perda das partes do corpo, partes que são expelidas, vem um conceito cunhado por Ferenczi, a autotomia, que nasce de um modo de funcionamento psíquico: o recalçamento.

Uma perturbação na relação com o outro e com o mundo, um problema importante, alguma coisa que não funciona bem e é sempre do mesmo jeito, constante, o tempo todo, tão ofensivo, começa-se a criar como uma crosta.

Quando acontece a autotomia, a pessoa se auto-corta; assim como as lagartixas e outros répteis deixam cair os próprios rabos para se salvarem do ataque inimigo; nós também nos auto-cortamos, perde-se a lembrança, perde-se a percepção, perde-se um pedaço de si mesmo.

Na zoologia o fenômeno da autotomia é a mutilação espontânea que se observa em certos animais (crustáceos, insetos, répteis), como recurso para escaparem ao inimigo que os procura reter.

[...]os zoologistas observaram a existência em certos animais de um singular modo de reação, a autotomia, que consiste no seguinte: o animal desprende do seu corpo, ou seja, “deixa cair” literalmente, por meio de movimentos musculares específicos, aqueles de seus órgãos que estiverem submetidos a uma irritação excessivamente intensa ou que, de algum modo, o façam sofrer. Essa reação corresponde, por certo, a um traço fundamental de todo ser vivo, e podemos supor que representa o modelo biológico de recalçamento, ou seja, essencialmente, a fuga psíquica diante dos sentimentos demasiado intensos de desprazer. Essa descarga, no sentido da tendência para a autotomia, só pode corresponder a tendência para rejeitar o órgão em estado de tensão (FERENCZI, 1990, pp.36-37).

Ferenczi, médico e psicanalista, em 1914 se dedicou a traduzir para o húngaro “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade” de Freud. A partir desse trabalho elaborou uma teoria ontogenética e filogenética sobre o trabalho de Freud, resultando em um livro publicado somente em 1924, chamado *Thalassa*, onde aplica certos modelos psicanalíticos ao estudo da fisiologia dos órgãos, das partes dos órgãos dos tecidos, e no sentido inverso, utiliza conhecimentos tirados do campo da biologia para compreender fenômenos psíquicos.

Segundo Ferenczi (1990), essa reação corresponde a fuga psíquica diante dos sentimentos demasiado intensos de desprazer, correspondendo a tendência para rejeitar o órgão em estado de tensão.

Quantas vezes temos uma perturbação, um problema, um nó na minha relação com o outro e com o mundo, algum problema tão importante, alguma coisa que não funciona bem, às vezes o problema é tão sempre presente, sempre a mesma coisa, do mesmo jeito, que eu começo a criar alguma coisa como se fosse uma espécie de... de uma indiferença. Uma infeliz indiferença. Eu começo a criar uma crosta porque aquilo me parece um ferimento tão crônico, tão constante, tão o tempo todo, tão do mesmo jeito, tão ofensivo, que no fim das contas eu começo um pouco a empregar aquilo. O resto nunca pensou nisto, quem pensou nisto foi o Ferenczi. O Ferenczi pensou numa coisa que é terrível, não? Terrível. A autotomia. Eu me corto ali. Eu me auto-corto. As salamandras, as lagartixas, elas cortam o próprio rabo. Elas se cortam no rabo, deixam o rabo ali pra sair correndo, para escapar do predador (LANDA, 2005).

E também Schilder (1999), médico e psiquiatra, a partir de suas observações clínicas de lesões cerebrais, compreende que seu estudo deveria se basear não apenas na fisiologia e na neuropatologia, mas também na psicologia. Dessa forma utilizou o *insight* dado pela psicanálise com seus mecanismos psíquicos para elucidar problemas da patologia do cérebro. Desenvolvendo um estudo dos mecanismos do cérebro na percepção e na ação, que lhe propiciarão a compreensão mais profunda das atitudes psicológicas.

Esse autor, baseado na psicanálise, menciona o mesmo fenômeno.

[...] – a autotomia. Essa reação defensiva é observada não só em alguns invertebrados como também em lagartos. Através de um reflexo especial, cujo centro se localiza na região lombar da medula, o lagarto é capaz de se separar de sua cauda quando capturado. Sua coluna vertebral se parte em determinado ponto frágil, entre as vértebras.[...] Também é óbvio que possuímos mecanismos que modificam a imagem corporal num nível orgânico muito profundo. É uma diminuição da imagem corporal, que penetra no corpo como tal.[...] O mecanismo de expansão e contração da imagem corporal tem, assim, um nível orgânico profundo mas, como já mencionei, encontramos o mesmo mecanismo nas estruturas psicológicas (SCHILDER, 1999, p.219).

Segundo Figueiredo (2010), em artigo intitulado: Corpo, afeto e linguagem, “Ferenczi, autor para quem o traumático e o catastrófico sempre foram indispensáveis na explicação dos processos psíquicos e biológicos em geral, a problemática das cisões, como era de se esperar, também está muito presente. Quanto à problemática das cisões decorrentes dos traumatismos, para dar apenas um exemplo, mas bastante sugestivo, pensemos na idéia ferencziana da ‘autotomia’ desenvolvida em Thalassa. A autotomia seria um processo já presente nas formas mais elementares de vida e mediante o qual uma parte lesada do organismo desprende-se do resto para permitir que o conjunto sobreviva”. Defende que na sua visão, mais que um modelo biológico do recalçamento como apresentado por Ferenczi, se apresenta como um modo radical de dissociação.

Ainda segundo esse autor, a autotomia é uma cisão com função defensiva clara. Mesmo que não ocorra o desligamento total, mesmo quando ocorre apenas a morte (necrose) ou amortecimento anestesiante de uma parte injuriada, já aí é nítida a operação de clivagem.

Para o autor, desses estudos emerge claramente a ligação entre as experiências traumáticas e os processos de dissociação agindo esses como uma proteção da vida mediante alguma modalidade de morte psíquica. Essa "morte como defesa da vida" (de alguma vida) - o que nos recorda a noção ferencziana de autotomia - corresponde ao amortecimento da percepção, ao amortecimento da

memória, da afetividade e, em especial, à extinção da capacidade de fazer ligações entre partes incompatíveis da experiência.

CAPÍTULO 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Como modalidade de pesquisa este trabalho apresenta um estudo de caso, como modelo a pesquisa de campo, sendo o consultório do profissional o ambiente natural para coleta de dados, se caracterizando uma pesquisa qualitativa.

• Casuística:

O sujeito da pesquisa é do sexo feminino, 44 anos, é atualmente sócia-proprietária de um bar com música ao vivo.

O sujeito procurou a IE-Rolfing® com sintomas diários de dor de cabeça, dor na coluna cervical, dor no ombro direito e braço direito; não sente o pescoço, só tem sensação de sua existência quando tem dor, se sente como “dividida” em duas, cabeça e corpo; “zumbido no ouvido”; sem vitalidade, muito cansaço e desânimo. Seus sintomas são diários, e aumentam de intensidade no decorrer do dia.

• Métodos:

Como meio de pesquisa para esse trabalho foi realizado:

- O processo da IE-Rolfing® em quinze sessões, uma vez por semana.
- Coleta de dados por meio de questionários, relatos do sujeito e anotações do pesquisador.

Como instrumentos de avaliação foram aplicados três questionários abaixo citados:

- Entrevista Inicial¹ (Anexo A); parte preenchida pelo sujeito e parte da anamnese anotada pela pesquisadora, para coleta de informações pessoais, sobre saúde, vida diária, expectativas, primeiro contato e conhecimento entre sujeito e pesquisador, preenchido no início do processo.

- Relatório do Cliente (Anexo B), preenchido pelo sujeito no término do processo, onde pode fazer uma avaliação comparativa dos benefícios do processo, avaliar se alcançou ou não seus objetivos, e estimular a reflexão sobre o que é importante nos resultados obtidos.

- Questionário de instrumento de avaliação de qualidade de vida - WHOQOL – Abreviado (Anexo C) de 1998, validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Aplicado no início e término da IE-Rolfing[®], para avaliação de alteração do nível de qualidade de vida do sujeito.

Esse questionário apresenta quatro domínios de investigação: físico, psicológico, social e ambiental e indica a percepção da qualidade de vida do indivíduo.

Foi feita a escolha de usar o presente questionário para avaliação dos resultados de como o trabalho de IE-Rolfing[®] pode afetar o bem-estar do sujeito, sua qualidade de vida, acreditando que os mesmos foram provavelmente afetados pela dor e ausência da percepção de parte do corpo.

- Um relato pessoal do sujeito, anotado pela pesquisadora, no término do processo, com suas impressões sobre resultados, benefícios e relações que possa fazer.

- Anotações da pesquisadora após cada sessão, durante o processo.

¹ Os questionários (Anexo A e Anexo B) acima foram criados e desenvolvidos pelo Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing (NAPER), com a participação e supervisão de Prado, utilizados em sua Tese de Doutorado: Estudo Exploratório da Dimensão Psicobiológica do Método Rolfing de Integração Estrutural: Criação, Desenvolvimento e Avaliação de Questionários. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2006.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS E ANÁLISE

Os resultados dessa pesquisa foram retirados a partir dos seguintes instrumentos de avaliação, previamente apresentados:

1. Entrevista Inicial (PRADO,2005)
2. Relatório do Cliente (PRADO,2005)
3. Questionário de instrumento de avaliação de qualidade de vida – Abreviado (OMS,1998)
4. Anotações da pesquisadora

1. Da Entrevista Inicial, composta de duas partes; a primeira parte preenchida pelo sujeito, a segunda parte preenchida pela pesquisadora; foram retiradas as seguintes informações:

É do sexo feminino, tem 44 anos, tem nível universitário, é empresária, divorciada, tem um filho.

Procurou a IE-Rolfing®, para melhora de suas dores, na coluna cervical, cabeça, ombro direito e braço direito, e um apito/zumbido no ouvido, sente dores e tem zumbido há 34 anos.

A periodicidade de seus sintomas é diária e a intensidade alta, numa escala de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor insuportável), as dores estão em 7.

Para essas dores, se auto-medica com analgésicos. Sendo os únicos medicamentos que utiliza.

Relatou um grave acidente de carro aos 22 anos, e uma queda significativa batendo a cabeça aos 26 anos.

O acidente trouxe consequências do ponto de vista físico e emocional, por

ter sido a sua recuperação física bastante dolorosa e longa (cortou tendões da mão), e emocionalmente difícil porque pôs fim a sua carreira de pianista.

Em relação ao seu corpo, se sente péssima, e contou não passar na frente do espelho.

Não considera ter limitação física, e sim restrição pela dor e incômodo no ouvido, lida com isso, tomando analgésicos.

Para essas dores, se auto-medica com analgésicos. Sendo os únicos medicamentos que utiliza.

Relatou cirurgia para remoção do apêndice aos 24 anos, cesariana aos 27 anos e cirurgia de hérnia inguinal aos 32 anos.

Se sente bem sob o ponto de vista emocional. Não faz psicoterapia, nunca fez. Não usa medicamento psicotrópico.

No momento não faz atividade física, como também não tem lazer atualmente. Recursos que tem para se equilibrar física ou emocionalmente, indicou a família.

Espera do processo de IE-Rolfing® melhora das dores e do apito no ouvido.

2. Do Relatório do Cliente, preenchido pelo sujeito no término do processo, foram retiradas as seguintes informações:

Sobre seus objetivos no início do processo, respondeu ausência de dor, liberdade de movimentos, ingestão de analgésicos diminuída.

Considerou que alcançou seus objetivos.

Não tem mais dores após o processo, a intensidade atual é 0 (zero), e antes do processo era de grande intensidade – 10 (dez). E o incômodo no ouvido (zumbido) diminuiu muito em intensidade (volume).

Isso afetava sua vida física e emocionalmente, porque no silêncio, sentia que enlouqueceria, tamanho o volume (altura) do zumbido. E ainda relata que tem atualmente como recurso para algum incômodo, a calma.

Percebeu mudanças significativas em outros aspectos da sua vida e da sua pessoa, além dos objetivos que tinha. Após o processo de IE-Rolfing®, se sente ótima emocionalmente.

Alguns comentários do sujeito em suas próprias palavras:

- “Além de realmente ter atingido meus objetivos, sobrou auto-estima, calma e reflexão por parte do feedback da terapeuta, que conseguiu resgatar além do físico, capturou essências de vida e conduta, que há muito havia esquecido”.
- “Mudanças das mais latentes às mais sutis, uma nova Pessoa”.
- “Me trouxe um valor novo à vida”.
- “Cumplicidade, amizade, respeito, mas sempre com a autoridade de comando da sessão: sem interferência ou sobreposição de papéis, rolfista/paciente”.
- “A IE-Rolfing® é uma recolocação do indivíduo no espaço que ocupa, um equilíbrio sintomático, enfim, uma postura não apenas corpora, mas um resgate (no meu caso) da psique perdida por aí. Um equilíbrio de mente+corpo”.
- “O processo é um tratamento da unicidade (corpo+mente) que resulta em um indivíduo com outros valores (novos ou resgatados). Foi isso que encontrei no Rolfing e Rolfista. Um binômio que para mim foi fantástico”.

3. Do Questionário de instrumento de avaliação de qualidade de vida, preenchido no início e término do processo pelo sujeito, foram retiradas as seguintes informações:

Pela importância para o sujeito, no preenchimento no início do processo, e os resultados terem sido bastante significativos, optamos por apresentá-lo completo, em forma de quadro, uma amostra comparativa da sua percepção de mudança em sua qualidade de vida e bem-estar. É importante frisar, que o preenchimento no término do processo, não teve a consulta ou informação para o sujeito de suas respostas anteriores.

Apresentamos um quadro comparativo (quadro 1), das respostas antes e depois do processo de IE - Rolfin[®].

RESULTADO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

PERGUNTAS	ANTES DO PROCESSO	APÓS O PROCESSO
Como avaliaria sua qualidade de vida?	ruim	boa
Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	insatisfeito	satisfeito
Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	bastante	nada
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	bastante	nada
O quanto você aproveita a vida?	muito pouco	bastante
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	bastante	extremamente

O quanto você consegue se concentrar?	mais ou menos	bastante
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	mais ou menos	bastante
Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	muito pouco	mais ou menos
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	muito pouco	completamente
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	nada	médio
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	médio	médio
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	médio	muito
Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	nada	médio
Quão bem você é capaz de se locomover?	muito bom	muito bom
Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	insatisfeito	satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	insatisfeito	satisfeito
Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?	satisfeito	muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com consigo mesmo?	muito insatisfeito	muito satisfeito

Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	muito satisfeito	muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	nem satisfeito nem insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	muito satisfeito	muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	satisfeito	satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	insatisfeito	muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	satisfeito	satisfeito
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	muito freqüentemente	algumas vezes

Legenda: Quadro 1

4. Das anotações da pesquisadora:

Faremos um breve relato da história contada pelo sujeito no primeiro contato, pela relevância para esse estudo de caso.

Foi criada pelos tios, mudou-se aos 3 anos, morando a poucos quarteirões da casa de sua família original. Sua tia a preparou para ser concertista de piano.

Entre 8 e 10 anos anos descobriu ter sete graus de miopia (fez cirurgia para

correção a 2 anos). Relata que a partir dessa época começa a ter um zumbido como “apito” no ouvido e passa a ter dores de cabeça.

Aos 22 anos sofreu um grave acidente de automóvel, foi ferida no rosto, ombro e braço direito pelos cacos de vidro quebrados no acidente. Um desses cacos ficou no seu antebraço sem ser percebido, cortando tendões flexores da mão, fez uma cirurgia para reparação, recuperou os movimentos, mas com um longo tratamento, muita dor, e dando fim a possibilidade de ser concertista de piano. A partir do acidente tem piora significativa de suas dores de cabeça e do “apito no ouvido”.

Fez faculdade de Farmácia, de Direito e se preparou para a Diplomacia, não podendo seguir a carreira, para cuidar de sua tia que lhe criou, porque seu tio adoeceu, vindo a falecer.

Iniciamos e finalizamos cada sessão com o sujeito caminhando na sala, para nossa observação e, o mais importante, para que percebesse suas sensações, quanto a distribuição de peso, movimento, posição de partes do corpo, sensações gerais e talvez significados ali contidos, no final, uma comparação das suas sensações para poder perceber mudanças acontecidas nesses elementos.

Percebia a dor e a sensação de desconexão cabeça e pescoço. Relacionando sua dor a traumas físicos, mas não relacionando a desconexão com sua história de vida.

Em suas palavras: “Como se eu estivesse dividida, como duas pessoas, uma a cabeça, outra o corpo”.

Nas três primeiras sessões, há uma diminuição da dor e um pouco de conexão da cabeça com o corpo; essas sensações se mantêm por dois ou três dias, voltando em seguida às iniciais, dor e desconexão. As sensações vão e voltam.

Até aqui não cuidava da saúde, não indo ao médico quando necessário, nem

de sua aparência. Sentia muita dor ao toque. Se atrasava muito, ou faltava nas primeiras sessões.

No primeiro terço do processo, começou a ter mais comprometimento com o trabalho, se atrasar pouco, mesmo tendo ainda dor, relatando como uma “aura” da dor de cabeça, vindo antes desta, uma “dor gelada” que percorre do pescoço até a cabeça. Apresentando ainda dor lombar e postura antálgica, ao mesmo tempo que sente melhora das dores de cabeça e pescoço, e diz se sentir bem em ter um horário para se cuidar.

Nessa ocasião o sujeito pergunta: - “O que fiz com a minha postura?” Conversamos sobre postura, atitude e história de vida.

Passou a sentir o toque como “gostoso”, alívio e sensações boas durante o trabalho, e contou que ali, no consultório, se sentia como se estivesse em casa. Parecia mais compenetrada.

A partir do meio do processo passou a não perder mais a sensação de conexão do pescoço, falou em sensação de unidade. Ao mesmo tempo começou a se interessar por uma nova carreira, foi convidada a se candidatar a um cargo público, ser vereadora.

Passou muitas sessões falando sobre isso, bastante animada, relacionou a ser algo que lhe traria de volta a sensação de realização, e relacionou ter aberto essa possibilidade pelo trabalho que estávamos fazendo, e que algo estava acontecendo, um aumento de auto-estima.

Quando lhe perguntei como se sentia, respondeu que se sentia inteira, um todo. E o que pensava sobre isso, em suas palavras: - “O futuro”.

No final do processo o sujeito, sentia a unidade corporal, não tinha mais sensação de desconexão da cabeça com o corpo. E sentia sua vida profissional ganhando rumo.

Com base nos objetivos do sujeito com esse trabalho, consideramos que foram parcialmente alcançados, não tem mais dores, não precisa de analgésicos, o zumbido no ouvido é menos intenso, mas continua presente.

Percebeu mudanças de atitude e comportamento, mudança em como lidava com suas necessidades.

Na avaliação feita pela pesquisadora para a discussão do presente estudo, o primeiro contato, com a aplicação de questionários e entrevista, foi de muita relevância considerando as descobertas feitas, pelo sujeito da pesquisa, de outros aspectos de sua vida, de seu dia-a-dia, que poderiam estar relacionados à maneira de se sentir.

Seu processo começou efetivamente ali, no primeiro contato, onde relatou toda sua história pessoal, e entre as perguntas feitas, como se sentia em relação ao seu corpo, sua aparência, segurança, contou que não pensava sobre esses assuntos. Foi bem significativo para o sujeito falar de si, e começar a refletir sobre o que sentia, o que precisava, como agia.

Durante o processo, o alívio das dores e a melhor percepção do seu pescoço e, conseqüentemente, a maior conexão da cabeça com o corpo, foram sendo paulatinamente alcançados por volta do meio do trabalho, quando ainda não tínhamos trabalhado diretamente na região cervical ou cabeça, o que levou a pensar sobre os princípios de intervenção, em todos os aspectos que os princípios possam englobar. São eles: o holismo, o de suporte, de adaptabilidade, de palintonicidade, de fechamento.

Em todas as sessões ficou nítida a importância de usar as relações de todos os elementos da experiência do sujeito, onde os princípios de suporte (relaciona consigo mesmo e com o espaço e o tempo, a gravidade e o ambiente), de adaptabilidade (na adaptação da estrutura, na relação das diferentes dimensões da pessoa, na relação com o meio) e palintonicidade (ordem espacial – dentro/fora, anterior/posterior, superior/inferior e também se refere aos aspectos do holograma do Ser - aspecto físico, emocional, mental, espiritual e social), que com estímulos do

toque, da propriocepção e percepção, estavam todo o tempo, sendo descobertos e estimulados na conversa antes e no fechamento da sessão.

Todo seu processo foi de bastante reflexão, e na medida da possibilidade desse momento, houve uma retomada de valores, aumento da segurança, descoberta das relações de mais aspectos da sua vida que propiciam seu bem-estar.

CAPÍTULO 5 DISCUSSÃO

No presente estudo temos a premissa de que a IE-Rolfing[®], como um método que propõe uma visão sistêmica, isso é, considera todos os aspectos da experiência humana como fatores que influenciam a organização, bem como a formação e a transformação contínuas que acontecem no organismo em sua relação com o meio ambiente.

Levando-se em conta todas essas inter-relações, busca-se melhorar a harmonia, o bem-estar; propõe-se, por meio de um trabalho corporal, ser o facilitador dessa melhor organização humana.

É um trabalho que tem uma ordem de intervenções, que podem ser moldadas pela individualidade da pessoa, de acordo com suas necessidades, guiadas pelos princípios de intervenção da IE-Rolfing[®].

Nesse trabalho, tivemos a proposta de, com um estudo de caso, avaliar as possibilidades dessa prática ser efetiva para lidar com ausência de sensação/percepção de partes do corpo. Fato presente e até comum em consultórios de IE-Rolfing[®].

Nosso desenvolvimento é feito pelos estímulos vindos do mundo, do ambiente externo, descobrimos o mundo de fora pelo contato que temos com os objetos, as pessoas. O indicativo de nós mesmos é feito pela relação contínua das sensações internas e da percepção vinda dos estímulos sensoriais externos.

Por mais que o ato de perceber seja veiculado por olhar, ouvir, cheirar e tocar, essa percepção se dá mapeada e modelada por marcas e inscrições.

Onde em especial o sentido do tato tem uma importância bastante significativa, que é um meio essencial da nossa informação proprioceptiva consciente, dando nossa sensação de existência corporal, e que para Anzier (1988),

na teoria do Eu-pele, o ego deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo.

Sendo que não há ausência do ambiente, podem ocorrer alterações da percepção, evitação de relações, mas o mundo externo não é capaz de desaparecer, o ar é sentido pela pele, a ação da gravidade é sentida como uma força que nos mantém sobre a terra.

A imagem corporal sendo como uma unidade construída a partir de diversas fontes, incorporando partes, pode também abrir mão destas, pode perder algumas de suas partes, não estarem continuamente presentes, como se fossem expelidas.

“Não só existe uma tendência para estruturar o modelo postural do corpo como também para destruir essa imagem” (SCHILDER, 1999, p.207).

Realizamos o presente trabalho com o uso de um conceito da psicanálise, a autotomia, segundo o qual fazemos um auto-corte de partes, por defesa, para sobreviver, deixando a parte para salvar o todo, o resto de nós. Eliminamos o órgão em estado de tensão.

Observamos no sujeito da pesquisa uma correspondência a esse conceito, tendo ausência significativa de parte do corpo, sendo só perceptível pela dor.

Sendo a dor um fator importante para a estruturação final da imagem corporal, como também, pode ser a responsável pela expulsão de uma parte da imagem corporal.

A parte do corpo onde a dor é sentida recebe toda a atenção. A libido (Freud) concentrada nesta e em outras partes da imagem corporal perde sua importância; mas, ao mesmo tempo, a parte dolorida do corpo se torna isolada. Há uma tendência para expulsá-la da imagem corporal. Quando o corpo todo é invadido pela dor, tentamos nos livrar dele todo (SCHILDER, 1999, p.115).

Freud apresenta as sensações dolorosas com um papel fundamental para o conhecimento sobre si mesmo numa etapa muito primitiva do desenvolvimento;

nesse momento, através da dor, o sujeito consegue saber algo sobre si e, neste sentido, a dor é constitutiva.

Mas ao ultrapassar um determinado limiar, ela se torna um entrave, pois para que o eu se constitua é necessário um predomínio de sensações prazerosas, que colaboram para a sensação de um eu integrado, unificado.

A autotomia se apresenta como uma função defensiva, mesmo que não ocorra o desligamento total, apresenta como um amortecimento da percepção, da memória, da afetividade e, a impossibilidade de fazer ligações entre partes da experiência.

O sujeito da pesquisa não fazia relação da ausência de percepção com qualquer outro fator de sua experiência, e sim, relatava seus incômodos baseados na dor, sem saber ao certo o motivo do início de seus incômodos, dá ênfase ao grave acidente que sofreu e lhe impossibilitou de seguir a carreira de pianista, sendo esse momento responsável pela exacerbação do sintoma, mas não o seu ponto inicial.

A partir da organização dos princípios de intervenção feita por Maitland e Sultan (1992), temos uma visão mais organizada da perspectiva sistêmica, dando a possibilidade de poder individualizar o trabalho nas necessidades de cada indivíduo.

De acordo com esses princípios realizamos nosso trabalho, e observamos uma grande valia para o sujeito as qualidades dessa visão nas intervenções.

Observamos a adaptação e aceitação de novas opções estruturais, da percepção de si e de movimento, abrindo lenta e paulatinamente nosso trabalho, quando o sujeito sentia a sensação de conexão e alívio da dor, para em seguida voltar ao estado anterior; como também nos atrasos e faltas nas sessões.

A presença de um conflito momentâneo. - “O que eu fiz com a minha postura?”. Para em seguida, ter sensação de segurança no trabalho, no consultório, na presença do profissional, como se sentisse em casa. Aumentando visivelmente

seu comprometimento com o trabalho, e seus horários.

Foi quando passou a não perder mais a sensação de conexão, sentindo-se inteira, ao mesmo tempo em que vislumbrou uma nova carreira, a sensação de realização.

A mudança de atitude em relação a si mesma a partir de sentir a unidade, o todo, de ter a sensação de estar inteira, é refletida em suas palavras como quando falou do futuro, percebeu resgatar valores e querer cuidar de si.

Considerou que seus objetivos com o trabalho foram alcançados. E exemplificamos com algumas de suas falas:

- “Sobrou auto-estima, calma e reflexão”.
- “Resgate além do físico, capturou essências de vida e conduta, que há muito havia esquecido”.
- “Uma nova Pessoa”.

É de muita relevância discutirmos o papel do profissional nesse processo. Dos conhecimentos necessários para que compreenda e sustente a visão sistêmica, que possa ter efetivamente em conta o que na IE-Rolfing® é chamado de “holograma do Ser”, considerando todos os aspectos da experiência humana, e fazendo uso desse conhecimento para acompanhar o processo do indivíduo, com as possibilidades desse tempo, para esse indivíduo em especial.

Prado (2006, p.9) discorre sobre esse aspecto, “Rolfing é uma proposta holística seu uso e resultados afetam, em tese, o ser como um todo. A apropriação do Rolfing para lidar com todas estas dimensões do ser depende da intenção e da observação consciente dos praticantes”.

É necessário para o profissional a compreensão de conceitos tão importantes na nossa constituição: de que somos seres em transformação contínua, e dependemos do outro, do olhar do outro, do mundo externo, para que essas mudanças e transformações sejam feitas de uma maneira mais organizada para o

benefício do indivíduo e, da relação que constituímos com o outro.

Para Ferenczi (1993), o trauma se configura na falta do testemunho verdadeiro, ou seja, quem escuta, ignora o que escuta, a pessoa não pode confiar nos seus sentimentos, não é mais testemunha de si. O que faz o psicanalista é acolher o testemunho de alguém que sofre.

Papel que o profissional de outras áreas pode desempenhar, o de acolher o testemunho, buscar a compreensão de outras formas de linguagem oferecida.

Para isso a presença e escuta do profissional deve estar verdadeiramente “acordada”, em todos os aspectos, aspectos que parecem invisíveis para o olhar não atento a conceitos como das relações simbólicas, onde uma parte do corpo, ou uma função está dizendo, indicando alguma outra coisa que não necessariamente o que seria o mais óbvio, o que parece de imediato. E esses símbolos são particulares, contam uma única história, daquela pessoa em especial.

Segundo Ferenczi (1990) estabelecemos “relações simbólicas”, entre o corpo humano e o mundo dos objetos, persistentes a vida inteira. Todo nosso funcionamento é simbólico, toda função e parte do corpo é símbolo de alguma coisa. É a representação de uma coisa pela outra, como um mensageiro, de mensagens misteriosas de “não se sabe o que para não se sabe quem”.

Concluimos que o corpo realmente fala, fala por símbolos, símbolos do seu próprio universo, únicos, que não são compartilhados com ninguém, é o marco histórico do dia em que algo aconteceu entre essa pessoa e o mundo “porque tudo aquilo que eu vivi não desaparece de mim”, somente o indivíduo pode chegar a saber ou dizer o que aquilo representa.

Só podemos ler as mensagens simbólicas, se temos conhecimento, se temos um desenvolvimento formativo, isto é, vivido, desenvolvido e transmitido pelo trabalho pessoal do profissional, dentro do seu próprio universo simbólico.

Um dos maiores livros do Ferenczi, *Thalassa*. É imenso. Que é tudo o universo simbólico. É o funcionamento simbólico. Quer dizer, como é que é o funcionamento do meu corpo. Daí é um problema com o meu ortopedista. Porque o meu ortopedista mexe no meu joelho. No que é que ele está mexendo? Ele não tem a mais mínima idéia. Muito menos quem ele despertou em mim ao ter mexido no meu joelho. E muitas vezes ele desperta em mim um tremendo de um ortopedista. Mas o ortopedista, que ele faz a “mandracaria” dele enquanto ele está de plantão, mas o cara que vai consertar o meu joelho mesmo é o cara que vai passar vinte e quatro horas por dia pegando celulinha pegando uma proteína, pegando não sei o quê, para grudar lá no meu joelho. Ele faz o grosso. Ele vai lá e dá uma “garibada”, mas o cara que vai passar vinte e quatro horas por dia é o meu médico interno. E muitas vezes o cara desperta em mim um tal médico. Ele não sabe o que está fazendo. Ele não sabe o que está despertando em mim. Mas ele pode estar despertando em mim um médico absolutamente infernal e ele pode estar despertando em mim, estar acordando em mim um cara que vai gangrenar o meu joelho. Ele não sabe o que está fazendo. Ele acha que está fazendo o melhor por mim, mas ele não sabe o que ele está desencadeando em mim, porque ele não toca, ele não está interessado, ele não tem leitura possível para o meu universo simbólico. É completamente cego para ele isso” (LANDA, 2005).

Precisamos do “dono” do corpo para informar algo que é dele, seu funcionamento, e que muitas vezes ele mesmo não sabe como é. Precisamos ser convidados para acompanhá-lo nesse caminho, para juntos chegarmos em algum lugar. Partirmos do pressuposto que não sabemos nada, vamos descobrir alguma coisa em conjunto com o outro.

Dentro de cada um de nós existe um médico, um poeta e um escultor. O corpo nos oferece mensagens escritas, precisamos do alfabeto para ler essas mensagens. Esse médico dentro de mim é uma grande autoridade. Tão grande autoridade que não tenho o direito de tocar no corpo do outro sem antes admirar, reverenciar, respeitar esse médico (LANDA, 2005).

CAPÍTULO 6 CONCLUSÃO

O estudo de caso, com a observação da problemática do sujeito desse trabalho, foi de grande valia para confirmar a importância da visão defendida pela IE-Rolfing[®], da necessidade da não simplificação do indivíduo, tendo em vista todos os aspectos do ser; da importância de ter princípios de intervenção como guia do trabalho, dando a possibilidade de individualizar o trabalho para o sujeito, conforme suas necessidades e disposição; como também da necessidade de participação dirigida do profissional, com intenção e observação, que permita acompanhar o indivíduo em sua particularidade e história.

A concepção e desenvolvimento contínuo do método de IE-Rolfing[®], incluindo a experiência do indivíduo (cliente) no processo, procura embasamento teórico em várias áreas de conhecimento para o desenvolvimento do próprio método, como também do profissional, que precisa ter a observação direcionada para as questões abrangentes na relação com o indivíduo.

Os próprios elementos conceituais desse trabalho são indivisíveis, são partes do todo, compõe o todo da experiência vivida por nós, e a ausência de qualquer um deles, como vimos, vai afetar todos os outros, e conseqüentemente mudar a compreensão da experiência.

A partir dos resultados, de eliminação da dor, conexão da parte do corpo que estava ausente, da mudança de atitude em relação a si, seu bem-estar, a busca de realização profissional, impedida no passado pelas circunstâncias que fugiam de sua vontade, pudemos constatar o benefício do trabalho, como foi executado. Abrindo um espaço de reflexão para o sujeito, aumentando sua percepção de si, de suas necessidades e fazendo mais relações de aspectos diferentes de sua experiência. Verificamos mudanças emocionais, de atitude e comportamento.

A observação dos elementos e conceitos da psicanálise, facilitaram o acompanhamento do sujeito, que na prática desse trabalho pudemos avaliar como

de real importância. Conclui-se que esses conceitos, bem como e em especial da autotomia, não só enriquecem o trabalho corporal, como o complementam, trazendo ao profissional a possibilidade de ampliar o espectro de ação de seu trabalho.

Para a efetividade de um trabalho corporal, a compreensão de como as informações que são recebidas pelo indivíduo continuamente, podem construir, como também destruir a percepção que tem de si, compreensão que se torna vital para o profissional. Na proposta do presente trabalho, avaliamos que a inter-relação entre os conceitos da psicanálise e trabalho corporal, não só é possível, como necessária e bem vinda. São complementares, dando ao trabalho uma maior efetividade e segurança.

É de grande importância a atenção do praticante às sutilezas da relação com o outro, seu cliente, a ética e profissionalismo, a conduta e atenção, a compreensão de mecanismos vários da relação, de aspectos transferenciais e contra-transferenciais. Sabendo que nós nos construímos, formamos e transformamos continuamente em relação ao meio externo, que compreende as relações com o ambiente, com o outro.

A necessidade como praticante de sermos aquele que testemunha a história do cliente, saindo da posição apenas técnica, se colocando numa visão e postura humanista, tendo em vista não somente a visão do todo, mas a ação do todo, sendo a presença do profissional mais uma ferramenta terapêutica, uma presença que se pode confiar, se relacionar com segurança.

Em função desse estudo de caso, vimos que através da IE-Rolfing[®], com a atenção dirigida para as questões da relação praticante e sujeito, tendo em conta todas as dimensões do ser, resultou em aumento da sua consciência, a relação com seu corpo ficou mais direta e clara, facilitou a construção de uma auto-imagem mais real. Vimos também que o conceito de autotomia é útil na compreensão da dimensão do trabalho e pode ser uma referência para a ampliação do espectro teórico do praticante, conectando o simbólico de forma prática, pela escuta atenta às diversas linguagens que se mostram na relação.

Na prática de IE-Rolfing® consideramos o processo de dez a quinze sessões como inicial de auto-conhecimento e reflexão, sendo um processo evolutivo que não se esgota, sendo necessário, em muitos casos, de métodos outros que aprofundem as questões psicológicas que não estão ao alcance dos profissionais de IE-Rolfing®.

Dentro de nossas limitações, das limitações do nosso conhecimento, não nos propomos fazer psicoterapia ou análise dos nossos clientes, mas com certeza podemos ter em nosso consultório uma visão e conduta dita “terapêutica”.

REFERÊNCIAS

CASPARI, M; ZORN, A. **Além da receita**. Roling Brasil, São Paulo: jornal do Roling Brasil, n.11, 2003, pp.9-14.

FEITIS, R. **Ida Rolf fala sobre Roling e realidade física**. 1ª ed. São Paulo: Summus, 1986.

FERENCZI, S. **Thalassa**: Ensaio sobre a teoria da genitalidade. 1ª ed. brasileira, trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **Obras completas Sándor Ferenczi O Desenvolvimento do Sentido de Realidade e Seus Estágios**. 1ª ed. brasileira, trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FIGUEIREDO, L.C. **Corpo, afeto e linguagem**. Disponível em www.estadosgerais.org/.../figueiredo_luiz_Claudio-corpo_afeto_linguagem.shtml Acesso em 30/06/2010.

FRANK, K. **Função Tônica**: Um modelo de resposta à gravidade pelo Roling estrutural e integração pelo movimento. Roling Brasil, São Paulo: jornal do Roling Brasil, n.8, agosto de 2002, pp.2-6 – Parte I

GAIARSA, J.A. **O corpo e a terra**. 2ª ed. São Paulo: Ícone, 1991.

LANDA, Fábio. **Ensaio sobre a criação teórica em psicanálise**: De Ferenczi a Nicolas Abraham e Maria Torok. 1ª ed. São Paulo: Ed.Unesp, 1998.

_____. **Seminários de psicanálise**. Transcrições Hulda Bretones. São Paulo, 2005-2010.

MERLINO, M. L. M. **O Roling® como agente restaurador da comunicação entre corpo e ambiente**: A conquista do chão. Dissertação (Pós-graduação em Comunicação e Semiótica), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

METZGER, C. **Constituição e unidade do Eu**. Disponível em www.sedes.org.br/.../constituicao_e_unidade_do_eu_2004.htm Acesso em 22/11/2010.

MOTTA, R. **Avaliação da imagem corporal durante o processo do Roling®**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)**, 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>. Acesso em 14/11/2010.

PRADO, P. **Estudo exploratório da dimensão psicobiológica do método Rolfing® de integração estrutural**: criação, desenvolvimento e avaliação de questionários. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

RAMACHANDRAN, V.S.; BLAKESLEE, S. **Fantasmas no Cérebro**: Uma investigação dos mistérios da mente humana. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

REIS, E. S, **Corpo e memória traumática**. Disponível em <http://educacaodialogica.blogspot.com/2008/12/corpo-e-memria-traumtica.html>
Acesso em 25/11/2010

ROLF, I. P. **Rolfing**: A integração das estruturas humanas. 1ª ed. brasileira. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **Gravidade**: Um fator inexplorado numa visão mais humana dos seres humanos, 1963

SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. 8ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

SCHILDER, P. **A Imagem do corpo**: As energias construtivas da psique. · 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

DEL NERO, H. S. **O Sítio da Mente**: Pensamento, emoção e vontade no cérebro humano. 1ª ed. São Paulo: Collegium Cognitio, 1997.

FRANK, K. **Função Tônica**: Um modelo de resposta à gravidade pelo Rolfing estrutural e integração pelo movimento. Rolfing Brasil, São Paulo: jornal do Rolfing Brasil, n.9, dezembro de 2002, pp.4-7 – Parte II

GAIARSA, J.A. **Respiração, angústia e renascimento**. 2ª ed. São Paulo: Ícone, 1994

GODARD, H. **Reading the body in dance**. in Rolf Lines, Boulder: Rolf Institute press, v. 22, n. 3, 1994, p.36-41.

_____; MC HOSE, C. **Phenomenological space**. in Rolf Lines, Boulder: Rolf Institute press, v. 37, n. 2, 2009, p.29-33.

HORGAN, J. **A mente desconhecida**: Por que a ciência não consegue replicar, medicar e explicar o cérebro humano. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002

LEHMKUHL, L.D.; SMITH, L. K. **Cinesiologia clínica de Brunnstrom**. 4ª Ed. São Paulo: Manole, 1989

MACHADO, A. B.M. **Neuroanatomia funcional**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

MAITLAND, J. e SULTAN, J. **Definition and principles of Rolfing**, in Rolf Lines, Spring, Boulder, Rolf Institute press, 1992, pp.16-20.

VILABOL. **Estudo de caso: fundamentação teórica** Disponível em <http://mariaalicehof5.vilabol.com.br/>. Acesso em 14/11/2010.

YIN, R. K. **Case study research: Design and Methods**. Traduzido por: Ricardo L. Pinto. Adaptado por: Gilberto de A. Martins. Disponível em: http://www.eac.fea.usp.br/metodologia/estudo_caso.asp. Acesso em 14/11/2010

GLOSSÁRIO

- Aferente – que conduz; nervo que transmite o impulso nervoso ao centro correspondente.
- Área somestésica – local do encéfalo especializada na recepção de estímulos sensoriais, vindos do tato, pressão, propriocepção, dor e temperatura.
- Bulbo – parte do tronco encefálico, onde se localizam receptores do sistema nervoso vegetativo, funções viscerais automáticas.
- Cerebelo – órgão do sistema nervoso, tem como função o equilíbrio e coordenação de movimento.
- Clivagem – divisão, fragmentação segundo determinado plano.
- Dissociação – separação, desagregar, desunir.
- Fáscia – envoltório de tecido conjuntivo.
- Fusos musculares – receptores que se localizam no corpo do músculo e indicam estiramento das fibras musculares.
- Kinesfera (ou cinesfera) – definida como o espaço que nos cerca, que pode ser alcançado com as extremidades do corpo.
(Teoria de Rudolph Laban (1975))
- Medula – o meio, o centro, medula espinal, onde se localizam os axônios e neurônios, responsáveis pela transmissão das informações para o cérebro e de volta para os órgãos, músculos e glândulas.
- Miofascial – envoltório de tecido conjuntivo especificamente na fibra muscular e músculo.
- Musculatura tônica – musculatura para manutenção do tônus postural, muito resistente a fadiga.
- Musculatura fásica – musculatura especializada para movimentos de força, pouco resistente a fadiga.
- Órgãos tendinosos de Golgi – receptores que se localizam nas articulações e Indicam tensão e pressão no tendão muscular.
- Postura antálgica – postura adquirida como defesa da dor.
- Sinapse – comunicação entre as células nervosas para transmitir a informação.

Tálamo – parte do sistema nervoso central, tem ação na motricidade, no comportamento emocional, na transmissão e integrar impulsos sensitivos no córtex cerebral.

ANEXO A

Entrevista Inicial - NAPER

Data: _____ Rolfista: _____

PARTE I

PODE SER PREENCHIDO PELO CLIENTE

Nome: _____

Endereço _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade/estado: _____

Tel: _____ cel: _____ tel com: _____

e-mail: _____

1 - Sexo (01) masculino (02) feminino

2 - Data de nascimento: _____ idade: _____

3 - Local de nascimento: _____

4 - Estado civil: (01) solteiro (02) casado/juntado (03) separado (04) viúvo

(05) divorciado

5 - Tem filhos? (01) sim (02) não

6 - (Se sim) quantos? _____

7 - Formação escolar:

(01) analfabeto	(02) pré-escola	(03) 1ª grau incompleto
(04) 1ª grau completo	(05) 2ª grau incompleto	(06) 2ª grau completo
(07) universitário incompleto	(08) universitário completo	(09) pós graduação

8 - Profissão: _____

9 - Categoria profissional: (01) Assalariado (02) Profissional liberal (03) Estudante
(04) Do lar (05) Aposentado (06) Desempregado

10 - Tem religião? (01) Sim (02) Não religião, sim espiritualidade (03) Não, ateu
(99) Não investigado

11- (se sim) Qual? (01) Católico (02)Evangélico (03)Espírita
 (04) Judeu (05) Muçulmano (06) Protestante
 (07) Afro Brasileiro (08) Outras

12- (SE SIM) É PRATICANTE? (01) Sim (02) Não

13 - Como você ficou sabendo sobre o método Rolfing®?

- (01) Cliente do NAPER
- (02) Rolfista
- (03) Cliente de Rolfing
- (04) Outros profissionais - especifique: _____
- (05) Mídia - especifique qual: _____
- (06) Internet
- (07) Livros/Bibliografia
- (08) Outras formas - especifique: _____

14 - Quando foi a primeira vez que você ouviu falar sobre Rolfing? (data) _____

15 - Como ficou sabendo do Naper? _____

- (01) Cliente do NAPER
- (02) Rolfista
- (03) Cliente de Rolfing
- (04) Outros profissionais - especifique: _____
- (05) Mídia - especifique qual: _____
- (06) Internet
- (07) Outras formas - especifique: _____

16 - Já passou pelo processo anteriormente? (01) sim (02) não

17- Se sim, com quem? _____

18 - Quantas sessões de Rolfing você fez? _____

19 - Por que você está procurando o Rolfing®?

FÍSICAS: (01) Estruturais (02) Funcionais

PSICOBIOLOGICAS: (03) Emocional (04) Cultural (visão de mundo)

 (05) Espiritual (06) Energética

OUTRAS: (07) Interesse pela técnica

(08) Diversos

(09) Retorno

20 - Como você se sente em relação ao seu corpo? ☐ 1 péssimo
☐ 2 ruim
☐ 3 regular
☐ 4 bem
☐ 5 ótimo

21 - Você tem queixa de alguma limitação física? (01) Sim (02) Não

22 - Qual (is)?

23- Tem dor física? (01) Sim (02) Não

DOR A

24 - Localização:

25 - Há quanto tempo?

26 - Qual a periodicidade?

27- Qual a intensidade? Por favor, dê uma nota, de zero a dez, para a intensidade de sua dor; sendo zero igual a “nenhuma dor” e, dez, igual a “uma dor insuportável”:

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

28 - Histórico (diagnóstico, exames, etc.)

29 - O que você já fez para tratar esta dor e quais foram os resultados obtidos? (remédios, fisioterapia, acupuntura, RPG, massagem, etc.)

DOR B

24 - Localização:

25 - Há quanto tempo?

26 - Qual a periodicidade?

27- Qual a intensidade? Por favor, dê uma nota, de zero a dez, para a intensidade de sua dor:

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

28 - Histórico (diagnóstico, exames, etc.) _____

29- O que você já fez para tratar esta dor e quais foram os resultados obtidos? (remédios, fisioterapia, RPG, massagem, etc.) _____

DOR C

24- Localização: _____

25- Há quanto tempo você possui esta dor? _____

26- Qual a periodicidade? _____

27- Qual a intensidade? Por favor, dê uma nota, de zero a dez, para a intensidade de sua dor:

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

28-Histórico (diagnóstico, exames, etc.) _____

29- O que você já fez para tratar esta dor e quais foram os resultados obtidos? (remédios, fisioterapia, RPG, massagem, etc.) _____

DOR D

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo você possui esta dor? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

27- Qual a intensidade? Por favor, de uma nota, de zero a dez para a intensidade de sua dor

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

28 - Histórico (diagnóstico, exames, etc.) _____

29 - O que você já fez para tratar esta dor e quais foram os resultados obtidos? (remédios, fisioterapia, RPG, massagem, etc.) _____

30 - Já sofreu algum acidente? (01) Sim (02) Não

(queda, fraturas, cortes, imobilizações? _____ Quando? _____

31- Já passou por alguma cirurgia? (01) Sim (02) Não

32- De quê? _____

33 - Quando? _____

34 - Já fez cirurgia plástica? (01) Sim (02) Não

35 - De que tipo? _____

36 - Quando? _____

37- Atualmente, você está submetendo-se a algum tipo de tratamento? (01) Sim (02) Não

38- Qual(is)? *(cabe especificar se é tratamento médico ou alternativo/complementar)* _____

39- Está tomando algum tipo de medicamento? (01) Sim (02) Não

40- Qual (is)? _____ (01) Alopático (02) Homeopático/Alternativo

41- Para quê? _____

42- Por quem foi prescrito? _____

Investigação Geral no que se refere a aspectos de saúde física e emocional:

43- Você tem doença que acha importante relatar? (01) Sim (02) Não

Especificar

(a)- sistema respiratório

(b) sistema vascular

(c)- sistema imunológico

(d)- sistema ósteo-esquelético

(e)- sistema digestivo

(f)- sistema neurológico

(g)- emocional

45 - Do ponto de vista emocional, como você se sente? () 1 péssimo

() 2 ruim

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

- 46 - Atualmente, você está fazendo Psicoterapia? (01) Sim (02) Não
- 47 - Há quanto tempo? _____
- 48 - Você já fez psicoterapia? (01) Sim (02) Não
- 49 - Por quanto tempo? _____
- 50 - Você usa medicamento psicotrópico? (01) Sim (02) Não
(ansiolíticos, antidepressivos, remédios para dormir, neuroléptico, anticonvulsivante)?
- Qual(is)? _____
- 58 - Faz alguma atividade física? (01) Sim (02) Não
- 59 - Qual (is)? _____
- 60 - Com que regularidade? _____

Entrevista Inicial - NAPER

Data: _____ Rolfista: _____

PARTE II

PARA SER PREENCHIDO PELO ROLFISTA

19 A - Por que você está procurando o Rolfing®? Escreva utilizando as palavras do cliente

19 B - O que você espera do processo de Rolfing?

20 A – Comentários sobre como você se sente em relação ao seu corpo

22 A - Que efeitos sua limitação física tem na sua vida?

22 B - Como lida com isto?

29 A - E como estas dores o afetam? (fisicamente, emocionalmente, qualidade de vida, etc.)

30 A - A respeito do acidente alguma consequência física ou emocional ?

31 A - Como foi a experiência da cirurgia do ponto de vista físico e emocional?

34 A - O que o levou a fazer cirurgia plástica?

44- Você teve alguma outra doença que acha importante relatar ?

44 A - E como você é afetado por elas ? Física, ou emocionalmente?

45 A - Comentários sobre como você se sente emocionalmente

45 B - E como sente isto no seu corpo ? _____

51 - Seu terapeuta sabe que está procurando Rolfing? (01) Sim (02) Não

56 - Tem vida sexual ativa? (01) Sim (02) Não (99) Não Investigado

57- Alguma coisa a mais que você gostaria de comentar sobre esse assunto agora? _____

61- Quais são suas atividades favoritas de lazer? _____

62 - Como usa seu corpo no cotidiano? _____

63 - Que recursos você tem para se equilibrar física ou emocionalmente, quando necessário? _____

64 - Algo mais que considera importante relatar? _____

ANEXO B

Relatório do Cliente - NAPER

Data: _____ Nome do rolfista: _____

Nome do cliente: _____

ENTREGAR RELATÓRIO PARA CLIENTE PREENCHER AO FINAL DO PROCESSO

1 - Quais eram os seus objetivos no início do processo? _____

2- Você atingiu seus objetivos? () sim () não () parcialmente

2A - Comentários: _____

3 - Como foi o processo para você?

() 1 péssimo
() 2 ruim
() 3 regular
() 4 bem
() 5 ótimo

3 A - Comentários (ponto de vista físico, emocional ou outros aspectos): _____

3 B - Que mudanças você percebe? _____

4 - Você acha que o Rolfing® ajudou você em outros aspectos de sua vida e de sua pessoa além dos objetivos que você tinha ? () sim () não

4 A – Comentários: _____

[illegible]

Como você se sentia emocionalmente antes do processo de Rolfing?

() 1 péssimo
() 2 mal
() 3 regular
() 4 bem
() 5 ótimo

5 A – Comentários: _____

Se você tinha/tem dor física, por favor, responda, para cada local de dor:

- Por favor, seguir a ordem mencionada na Entrevista Inicial.
- Se mencionou alguma dor que acabou, por favor, coloque-a também.
- Se apareceu alguma dor diferente, por favor, assinale o fato.
- Por favor, dê uma nota, de zero a dez, para a intensidade de sua dor, sendo zero igual a “nenhuma dor”, e dez, igual a “uma dor insuportável”.

DOR A

7- Local da dor: _____

8 - Qual a periodicidade atual desta dor, após o processo de Rolfing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Qual era a periodicidade desta dor antes do processo de Rolfin?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

9 - Qual é a Intensidade desta dor, após o processo de Rolfing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Qual a intensidade desta dor, antes do processo de Rolfin?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

DOR B

7- Local da dor: _____

8 - Qual a periodicidade atual desta dor, após o processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Qual era a periodicidade desta dor, antes do processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

9 - Qual é a Intensidade desta dor, após o processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Qual a intensidade desta dor, antes do processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

DOR C

7- Local da dor: _____

8 - Qual a periodicidade atual desta dor, após o processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Qual era a periodicidade desta dor, antes do processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

9 - Qual é a intensidade desta dor, após o processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Qual a intensidade desta dor, antes do processo de Rolwing?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

10 - Você tem algum comentário a fazer? _____

10 A - Como isto afetou sua vida física e emocionalmente? _____

10 B - Que recursos você tem atualmente para lidar com suas dores? _____

11- Como foi trabalhar com seu Rolfista?

- () 1 péssimo
() 2 ruim
() 3 regular
() 4 bem
() 5 ótimo

11 A - Comentários _____

12 - Como foi ser atendido no NAPER?

- () 1 péssimo
() 2 ruim
() 3 regular
() 4 bem
() 5 ótimo

12 A - Você tem algum comentário ou sugestão para melhorar este atendimento? _____

13 - Como foi ser atendido numa situação grupal?

- () 1 péssimo
() 2 ruim
() 3 regular
() 4 bem
() 5 ótimo

13 A - Comentários

14 - Como você falaria do Rolfin® para outra pessoa? _____

15 - Algum outro comentário que gostaria de fazer ? _____

ANEXO C

WHOQOL – ABREVIADO Versão em Português

A pontuação dos escores deverá ser realizada utilizando o programa estatístico SPSS, com a sintaxe do WHOQOL - bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto. Você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você recebe “nada” de apoio.

Por favor. leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

	muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5- O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7- O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14- Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15- Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16- Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23- Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24- Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25- Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO