

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

**ROSÂNGELA MARIA BAÍA**

**CONTRIBUIÇÃO DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL-  
ROLFING® PARA O EQUILÍBRIO POSTURAL, NA  
LOCOMOÇÃO E NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTO  
PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL**

**São Paulo  
2012**

**ROSÂNGELA MARIA BAÍA**

**CONTRIBUIÇÃO DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL-  
ROLFING® PARA O EQUILÍBRIO POSTURAL, NA  
LOCOMOÇÃO E NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTO  
PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL**

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 Integração Estrutural-Rolfing®, sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Otávio Barretto Prado.

**São Paulo**

**2012**  
ROSÂNGELA MARIA BAÍA

CONTRIBUIÇÃO DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL-ROLFING® PARA O  
EQUILÍBRIO PÓSTURAL, NA LOCOMOÇÃO E NA QUALIDADE DE VIDA DE  
ADULTO  
PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL

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

Nota: \_\_\_\_\_

Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof. Dr. Pedro Otávio Barretto Prado.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Ao Universo. À minha família, meus pais, por me proporcionarem educação e cultura, em especial à minha mãe. Ao meu filho, minha âncora dinâmica na vida. Ao meu amigo Alfeu, uma força constante. A todos os meus professores, desde o primário, os meus grandes mestres. Aos meus amigos. E a todos os meus clientes. Em especial a A.S., quem permitiu este estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos Professores Dr. Pedro Otávio Barretto Prado, Emília S.M. Seo e Mário Nunes, pela orientação ao meu trabalho de Conclusão de Curso.

Aos meus colegas rolvistas, em especial os desta turma de pós-graduação.

Ao Naper e à ABR, incluindo administração, funcionários, professores e amigos.

Não estamos verdadeiramente eretos, em pé; estamos apenas a caminho de nos tornar eretos. Está é uma consideração metafísica.

Ida Rolf

## RESUMO

Este trabalho investigou como a Integração Estrutural-Rolfing®, uma metodologia holística que visa reorganizar a estrutura humana em relação ao eixo gravitacional, pôde contribuir para portadores de Paralisia Cerebral (PC) adultos funcionais. A hipótese era que o Rolfing poderia melhorar o equilíbrio postural e a locomoção, pela organização do tônus muscular e postural, possibilitando uma nova percepção do movimento. Pessoas com PC carregam preconceitos, até na denominação da disfunção, o que afeta a sua imagem corporal desde a infância. Constatou-se, ao atingir esses objetivos previstos, mudanças de hábitos posturais, repadronização de movimentos antecipatórios e melhora de habilidades. Também possibilitou-se verificar como interferiu no bem-estar e na qualidade de vida do sujeito da pesquisa. Mulher ativa, 52 anos, recebeu 22 sessões de manipulação miofascial titulada – toques leves e moderados – e de movimento, juntas, com o objetivo de acompanhar a sua motricidade para propiciar a distribuição do tônus corporal e postural para aliviar tensões e espasticidades, atenuando encurtamentos e proporcionar relaxamento. Interferindo assim, em lesões e inibições de movimento. Ela – o sujeito – relatou também melhoras em sua qualidade de vida. Usou-se os questionários de entrevistas padrão do Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing® (Naper, São Paulo, Brasil); o questionário WHOQOL (abreviado, versão em português) – com perguntas sobre qualidade de vida; relatos de visitas ao local de suas atividades rotineiras; e análise de fotos e vídeos. As conclusões deste estudo e outros como ele, podem permitir alternativas para tratar pacientes com paralisia cerebral funcionais e integrar Rolfing® SI em um protocolo multidisciplinar para melhorar a atividade motora e saúde emocional dessas pessoas.

**Palavras-chave:** Rolfing, tônus, integração estrutural, paralisia cerebral, espasticidade, percepção, qualidade de vida, inibição, lesão.

## ABSTRACT

This case study investigated how Rolfing® structural integration (SI), a holistic approach of reorganizing human structure in the field of gravity, might help functional adults with spastic cerebral palsy (CP). Our hypothesis was that by organizing muscular tonus, we could improve the subject's balance and locomotion, thereby allowing the subject the possibility of a revised perception of her own movement -- which revised perception might, in turn, enable better movement. CP patients have often carried since childhood a body image constrained by their diagnosis, and even by the very name of their disorder. We expected that a revised body image would allow the possibility of better postural habits, refined anticipatory motor activity, and improved motor skills -- as well as produce an overall better quality of life. The subject, an active 52-year-old woman, received 22 sessions of combined myofascial manipulation (light to moderate touch) and movement education. In each session, the practitioner sought to observe and track, and ultimately to guide the subject's movements in such a way as to redistribute body tonus. With more balanced tonus, the subject experienced less tension and spasticity. Interfering, thereby, in movement inhibition and injury. She – the subject – also reported an overall improvement in her quality of life. We measured the outcome of the treatments with the questionnaires developed at the Center for Treatment, Research and Education in Rolfing® SI (NAPER, Sao Paulo, Brazil); the WHO-QOL survey (short form in Portuguese); observation of the subject in routine activities; and analysis of still photos and videos. The findings of this study and others like it might allow those treating functional CP patients to integrate Rolfing® SI into a multidisciplinary protocol to improve both motor activity and emotional health that people.

**Keywords:** Rolfing, tonus, structural integration, cerebral palsy, spasticity, perception, quality of life, inhibition, injury.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
<b>2.1. ROLFING®</b>	<b>12</b>
2.1.1 Definição	12
2.1.2 Integração Estrutural Rolfing® e Rolfing® Movimeto	13
2.1.3 História	19
<b>2.2. Paralisia Cerebral</b>	<b>22</b>
2.2.1 Definição	22
2.2.2 História	23
2.2.3 Incidência	25
2.2.4 Tipos	26
2.2.5 Tratamentos	27
2.2.6 Estudos contemporâneos	28
<b>CAPÍTULO 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Casuística</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Método</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Resultados</b>	<b>32</b>
4.1.1 Imagens de resultados	36
4.1.2 Análise qualitativa dos resultados, trazidas pelo sujeito da pesquisa, A.S.	37
<b>4.2 Discussão</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A - Entrevista inicial</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO B- Relatório do Cliente</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO C- Relatório do Rolfista</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO D – WHOQOL</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO E - Entrevista livre com a cliente</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO F - Entrevista livre com parentes</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO G - Entrevista livre com amigos, colegas, professores de movimento</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO H - Fotos CD – Apresentação em PowerPoint (na contracapa)</b>	
<b>ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO J – Laudos médicos</b>	<b>91</b>

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadros</b>	
<b>Quadro 1 - Resultados - Entrevista livre com amigos, colegas, professores de movimento</b>	<b>95</b>
<b>Quadro 2 - Tabulação - Entrevista livre com amigos, colegas, professores de movimento</b>	<b>96</b>

## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Por este estudo de caso verificou-se como a aplicação da Integração Estrutural-Rolfing<sup>®1</sup>, metodologia desenvolvida por Ida Pauline Rolf, poderia contribuir para melhorar a funcionalidade do movimento e a qualidade de vida em sujeito adulta, ativa funcional, com seqüelas de diagnóstico em Paralisia Cerebral (PC), com características predominantes do tipo espástica<sup>2</sup>. O objetivo era pesquisar se sua locomoção e seu equilíbrio postural seriam influenciados e modificados. Aplicou-se 22 sessões, divididas em trabalho estrutural, com manipulação no tecido conjuntivo, com foco em biomecânica, e trabalho funcional – Rolfing<sup>®</sup> Movimento –, que busca novos padrões de movimento, usando a função tônica, a propriocepção do sujeito, a percepção sensorial e a coordenação de movimentos, como principais ferramentas. Recorreu-se, sobretudo, à educação do movimento, que permite propiciar ao cliente encontrar outras possibilidades diferenciadas de relacionamento do corpo no espaço e com o ambiente, deixando a força da gravidade agir como aliada do movimento. Também com esta experimentação, nos propusemos a verificar se essas percepções corporais, esse autoconhecimento, influenciariam no bem-estar e na qualidade de vida do sujeito da pesquisa.

Neste contexto, o sujeito da pesquisa poderia ser beneficiado pelo processo somático da IE-Rolfing, que pode organizar um corpo fragmentado física e psicologicamente pelos recursos que oferece. Um dos princípios da IE é ser holística, olhar para uma pessoa por inteiro, considerar tudo que a constitui – física e psicologicamente, além das questões genéticas, culturais e do ambiente – para, então se poder ajudá-la. Nesse conceito se inclui o trabalho na biomecânica da

---

<sup>1</sup> **Rolfing**<sup>®</sup> designa uma marca de propriedade do *Rolf Institute of Structural Integration* referente à disciplina integração estrutural desenvolvida pela doutora Ida P. Rolf. Embora o *Rolf Institute* seja a escola original da Dra. Rolf de integração estrutural, ele é atualmente uma das muitas escolas de integração estrutural; integração estrutural - **Rolfing**<sup>®</sup> designa a prática de integração estrutural dos membros graduados pelo *The Rolf Institute* e que estão licenciados para usar sua marca (ROLF INSTITUTE, 2010). Para razões de fluência de texto, eximir-se-á de fazê-lo daqui para frente.

<sup>2</sup> Pelo tipo de disfunção motora: extrapiramidal ou discinético (atetóide, coréico e distônico), atáxico, misto e espástico; e pela topografia dos prejuízos tetraplegia ou quadriplegia, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia. (TEIVE *et. al.*, 1984).

estrutura, na qualidade do tônus muscular, utilizando-se da na plasticidade do tecido conjuntivo, a fáscia, dotada de colágeno e elastina – viscolasticidade –, que permeia tecidos, músculos, tendões, ligamentos aponeuroses, bursas. E, também, inclui cinesiologia – análise dos movimentos –, e cinemática – descrição dos movimentos. Estimulação da função tônica, pela percepção e coordenação do movimento, possibilitando uma reeducação do movimento.

A portadora de seqüelas de PC, deste estudo, poderia ser beneficiada pelo processo, porque o mesmo não pretendeu curar a disfunção, mas integrar a pessoa, o seu potencial de movimento e vitalidade com ela mesma e por ela mesma, por meio de sua estrutura. “Os ‘rolfistas’ estão *integrando* alguma coisa; não estamos *recuperando* alguma coisa.”[...] “desde o primeiro dia em que vemos um cliente, passamos a articulá-lo, a integrá-lo”, enfatizava Rolf, alertando que “os profissionais de Rolfing invocam a saúde” (Feitis, 1986, p. 50).

Holismo, um dos princípios da IE-Rolfing, é “um meta princípio que compreende todos os outros” (Prado, 2006, p. 41). Os outros são: adaptabilidade, palintonicidade, suporte e fechamento. A palavra holismo vem do grego *holos*, que significa todo, inteiro, completo. A Teoria do holismo, seguida até hoje, é de John C. Smuts (Prado, 2006, p. 24). Somos um todo, e “qualquer dimensão que estejamos lidando vai afetar e refletir em todos os aspectos do círculo do ser” (Mattoli, 2006, p.21). Harrington e Jaye propuseram esse conceito do “círculo do ser” na IE-Rolfing, que contempla as dimensões físico, espiritual, emocional e mental, mais o ambiente, o contexto, destaca Prado. O autor observa ainda que Maitland introduz a palavra psicobiológico no domínio do Rolfing. “Tal taxonomia apresenta a habilidade do corpo de sentir-se, a orientação emocional e perceptiva do paciente em relação à maneira de ver o seu movimento, a sua auto-imagem, o seu lugar no mundo” (Maitland *apud* Prado, 2006, p.29).

Foi por essa visão, holística, e os conceitos do círculo do ser que a IE-Rolfing contempla, além dos biomecânicos, que se justificou a pesquisa. A portadora de seqüela de PC, já submetida a diversos tratamentos, hoje, adulta funcional, além do trauma, dos problemas motores, traz outros, que se somam ao seu esquema corporal – “sensibilidades orgânicas” –, modificando a sua imagem corporal – “interação corpo e cérebro e ambiente” (Motta, 2003, p. 50). Entre eles o preconceito

social, por ter mobilidade reduzida e o sentimento pessoal de “rejeição” por ser portadora de PC.

A hipótese foi de que um maior equilíbrio postural e melhor amplitudes articulares poderiam influenciar na marcha, e gerar autoconfiança para deslocamentos físicos, com mais independência e segurança, com mais funcionalidade para os movimentos preliminares ou fundamentais – sentar, levantar, deitar, rolar, subir/descer escadas. Também cogitou-se que a experimentação de outros movimentos, levaria a outras habilidades funcionais. E essa capacidade de mobilidade poderia inferir ainda sobre o psicobiológico – emocional, o fisiológico –, melhorando a ansiedade e a depressão, por poder se sentir capaz. A auto-estima produz efeitos positivos em todos os aspectos do ser.

## **CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 ROLFING®**

#### **2.1.1 Definição**

Integração Estrutural-Rolfing® é um processo manipulativo e educativo, no qual terapeuta e cliente trabalham em conjunto. É holístico, vê a pessoa como um todo. O nome é uma terminologia-definição que nasceu do nome de Ida Rolf, sua idealizadora. Mas o objetivo é a estruturação do corpo. Busca integrar a pessoa no seu espaço na gravidade, usando a estrutura como suporte, o movimento como função e a postura como ação. A porta de entrada é o corpo, a estrutura, mas o trabalho contempla todo o ser.

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” (Cintra, 2011, p.3). A rolfista avançada continua, destacando que “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”. E

observa que “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.”

### **2.1.2 Integração Estrutural Rolfing® e Rolfing® Movimento**

Os humanos, bípedes, buscam a verticalidade. Céu e terra são vetores espaciais presentes em muitas técnicas e métodos de trabalhos corporais. Na IE-Rolfing também. Como manter esses vetores na estrutura corporal e em sua funcionalidade, é uma das propostas do processo. Temos de movimentar o corpo nos três planos: sagital, frontal e transversal e seus eixos, e manter a necessidade dos 20 mil movimentos respiratórios/dia, mais 10 mil passos/dia a que aludia Rolf. Procedimentos atrelados ao funcionamento do sistema nervoso, à harmonia do tônus miofascial e a do sistema nervoso autônomo, ramos simpático e parassimpático.

Para a estrutura humana manter-se organizada em relação à linha vertical, um eixo imaginário, é necessário que se apresente, na estrutura, linhas horizontais e verticais. E todas, funcionais, interagindo com a força da gravidade. Isso ajuda a entender a lógica funcional da receita, esquematizada em sessões estruturais e funcionais. Enquanto uma manipula o tecido, o corpo, a estrutura; outra organiza o movimento; e, ambas, integram a pessoa.

Estrutura, no contexto da IE-Rolfing, não é apenas postura, no sentido de correção. É também atitude, ação. Ela desafia a construção de um ser desde o começo, da fecundação, até a maturação do desenvolvimento psicomotor. Possibilita o movimento, o seu aperfeiçoamento, desenvolvimento num “continuum”, levando em consideração tudo o que o ser humano é, recebe e transmite, ainda que fatores outros, como patologias e traumas, possam afetá-lo e desviar o movimento de sua funcionalidade mais eficaz.

Embora existam dificuldades para se ensinar movimento e, sobretudo, alterar padrões de movimento, também é objetivo da IE-Rolfing, educar para o movimento,

através da percepção e da coordenação. Enquanto a liberação miofascial, o toque manipulativo, é a principal ferramenta para trabalhar a estrutura, a estática; a percepção é a ferramenta para o Rolfing® Movimento, que são usadas juntas ou separadas, buscando a conexão do tecido, o equilíbrio do tônus. Hubert Godard, para diferenciar as fixações estruturais das funcionais, denomina as estruturais de lesões e as funcionais de inibições. Uma foca a liberação dos tecidos lesados e a outra, as fixações nos padrões de movimento. (Caspari, 2004, p.1):

As lesões respondem melhor quando se emprega o enfoque manipulativo ou biomecânico, enquanto que as inibições precisam ser tratadas do ponto de vista da percepção e da coordenação (sendo a percepção relacionada aos sentidos e a coordenação às vias neuromotoras e às seqüências de disparos musculares).

Rolf “encontrou na lei da gravidade uma expressão abrangente de seus objetivos” (Feitis, 1986, p. 27). Escreveu em 1963 o artigo “Gravidade: fator inexplorado num uso mais humano dos seres humanos”.

Os corpos humanos existem dentro de um campo gravitacional; a força da gravidade é o determinante onipresente, todo-poderoso e constante de sua verticalidade, ou da ausência desta. Os seres humanos não diferem de nenhum outro corpo material quando se considera a sua existência no campo gravitacional. Todos estão sujeitos às leis da mecânica; uma destas afirma que as massas devem estar em equilíbrio para serem estáveis. Por assim dizer, os homens consistem de unidades empilháveis. Os agentes desse equilíbrio são os ossos e os tecidos frouxos (miofasciais). Os ossos determinam a posição no espaço, mas são sustentados pelo tecido mole. Quando os tecidos moles são reposicionados, os ossos espontaneamente se reorientam. Quando entra em equilíbrio o tônus do tecido mole, existe uma sensação de leveza no corpo. As massas da cabeça, do tórax, da pelve, etc., não são mais “arrastadas” devido a seu peso; a estrutura apresenta menos resistência e a gravidade pode “fluir” através do corpo.

Esta relação do movimento e da mobilidade com a gravidade permite entender melhor as definições de tônus – muscular e postural. Para Cook e Woollacott (2003, p. 124 e 158) “tônus muscular é caracterizado pela resistência do músculo ao alongamento passivo”. Normalmente a pessoa está relaxada, ou sentada. Mas quando em pé, o nível básico de atividade muda em certos músculos posturais antigravidade, compensando, assim, a força gravitacional, gerando o tônus postural.

Rolf utiliza em seu trabalho referências ortogonais, e observa, em posição ortogonal, cinco pontos do corpo que levam à verticalidade num impulso referencial para cima, num alinhamento basicamente estrutural, conhecidos de várias escolas. Descreve Rolf: os pontos médios das orelhas (incluindo a articulação temporomandibular), a articulação do ombro (cintura escapular), do quadril (cintura pélvica), e as articulações dos joelhos e tornozelos. E na função, referência a existência de forças ascendentes e descendentes. “Um corpo construído assim está num alinhamento estático. As pessoas de corpo desorganizado não conseguem sequer apresentar esse padrão estático” (Rolf, 1999, p. 213). E acrescenta que, como bípedes que pretendemos ser, “não estamos verdadeiramente eretos, de pé; estamos apenas a caminho de nos tornarmos eretos” (FEITIS, 1986, p.97).

Esse alinhamento referencial descrito por Rolf, buscando o tônus postural, se acrescido das organizações estruturais que funcionam como molas propulsoras e adaptadoras de forças, as cinco lordoses propostos por Godard, pode ajudar a entender o potencial do rolfing funcional, ou movimento. Além das lordoses lombar e cervical – mais a cifose torácica, já conhecidas, descritas nas curvas fisiológicas da coluna, por outros estudiosos, como Blandine Calais-Germain (2002, p. 4) –, Godard acrescenta as lordoses no posterior dos artelhos, na curvatura plantar e no posterior dos joelhos. Todas “as cinco lordoses” devem estar funcionando harmoniosamente, ou seja, flexionando-se e estendendo-se em amplitudes semelhantes e coordenadas para que um corpo possa se relacionar melhor com a força da gravidade. (CASPARI, 2004, P.9). Essa busca pela verticalidade tece a linha imaginária que o Rolfing quer fazer aparecer na organização estrutural humana. Na verdade não é um componente estrutural, mas sim uma abstração. Para Rolf “o ser humano é algo construído ao redor da linha” (MATTOLI, 2006, P.28).

Essa verticalidade também é observada por Myers (2003, p. 89), que organiza o corpo observando “trilhos anatômicos” – uma metáfora, para a observação que Ida Rolf faz da organização da fáscia, da anatomia dela. Tecidos se juntando e se conectando como trilhos e rotatórias. Ele apresenta a Linha Superficial Posterior (LSP), por exemplo, desenhando as linhas primárias e secundárias. As primárias, são 4, se desenvolvem no útero, em flexão, são côncavas – posterior do crânio, torácicas, quadril, posterior do calcâneo, e mantidas pelas formas dos ossos.

Enquanto as secundárias, também 4, dependem mais do equilíbrio dos músculos, são convexas – lordose cervical, lombar, joelhos, arcos mediais. A função postural dessa linha é de “dar apoio ao corpo em extensão completa”. E a função no movimento, proporcionar extensão e hiperextensão, com exceção da flexão nos joelhos e da flexão plantar nos tornozelos.

Buscando ainda essa verticalidade, e relação com a gravidade, Mézières *apud* Bertherat e Bernstein, (1981 p. 120) observam a contratura dos músculos posteriores impedindo a verticalidade e estabilidade do corpo. A mesma linha posterior, para Myers e Rolf. Voltando ao que já mencionamos anteriormente, uma projeção à verticalidade.

Essa construção de uma linha também é apontada por Piret e Béziers (1992, p. 13) num movimento de base: enrolamento-indireitamento que, junto com os movimentos essenciais: preensão e o andar formam um princípio subjacente do movimento.

A Integração Estrutural-Rolfing<sup>®</sup>, metodologia desenvolvida por Rolf, que foi aplicada e avaliada neste estudo, quer fazer aparecer na estrutura humana essa linha vertical, ainda que imaginária, que proporciona a graça do movimento, independentemente de quem o faça. Um eixo vertical, que necessita das linhas horizontais, sustentadas pelas articulações. Para Rolf (1999, p. 267) essa verdadeira verticalidade é um fenômeno funcional. É uma linha da qual os campos de força de energia do corpo se equilibram. São forças abstratas que se manifestam nas estruturas de material miofascial. O organismo não está mais preso a Terra, mas a linha vertical expressa uma relação de energia entre a Terra e o Sol. Essa organização leva ao gesto único de cada um. A IE-Rolfing busca liberar compensações organizadamente para levar ao bem-estar pela oportunidade de se poder fazer e sentir movimentos mais funcionais. E, por conta dessa organização, a IE-Rolfing pode contribuir para aliviar dores físicas e traumáticas, originadas por movimentos repetitivos, por estresse ou por somatizações.

A IE-Rolfing busca tocar a pessoa como um todo. Estimula o seu movimento, possibilita novos, a educa para o movimento e a vê, como pessoa, a percebe, a valoriza. E, sobretudo, a leva a perceber tudo isso. É um processo de organização do movimento estrutural e funcional, que leva o corpo a organizar-se nessa linha imaginária, num eixo, de fora para dentro, de dentro para fora, frente e atrás, lado a lado e cima e baixo. Mas, não só o corpo, mas o ser.

Muitos livros descrevem que o corpo humano é um complexo de estruturas e sistemas integrados. O cérebro e a medula espinal são componentes do Sistema Nervoso Central que através de neurônios, 100 bilhões, trilhões de “células de suporte” e vários hormônios organizam o comportamento motor e psicobiológico. Também apontam que o sistema músculo-esquelético é a estrutura do corpo. Os estudiosos em IE-Rolfing® acrescentam que a fásia é a sustentação desta estrutura, com alta capacidade de remodelação por se constituir de tecido conjuntivo, colágeno e elastina. Um trabalho que, ao conectar-se com o sistema nervoso, pode atingir corpo, mente, espírito, o psicobiológico, o comportamento.

Os tecidos vivos estão constantemente em processo de renovação (o denominado “turnover” metabólico). No sistema musculoesquelético a renovação dos tecidos segue os estímulos mecânicos neles produzidos. Desde o desenvolvimento embrionário estão agindo forças que direcionam a expressão de nosso potencial genético. Ossos, músculos, tendões vão se moldando de acordo com os movimentos produzidos pelo feto. Este processo de modelação continua por toda a vida. Quando nos referimos aos tecidos moles, sabemos que a sua principal função mecânica e a resistência tênsil. Eles precisam ainda ser suficientemente deformáveis para que possam absorver impactos e amortecer mudanças bruscas de direção no movimento (4). Para que o tecido exiba tais características, é necessário que o padrão de movimento seja adequando, já que é ele que determina as características do tecido novo, recém-sintetizado. Podemos então dizer que “tecemos” nosso próprio corpo a partir da atividade física que desempenhamos. Em outras palavras. A forma segue a função. (KESSLER (4) *apud* ABR, 2004, p.2).

A imagem corporal e o esquema corporal são também regulados por esse sistema complexo, o nervoso, dividido entre o autônomo, que se relaciona com as vísceras, e o central, localizado no córtex, área de controle voluntário. Ambos vêm do cérebro e atingem áreas diferentes e têm funções específicas. O controle do movimento surge do esforço cooperativo de muitas estruturas cerebrais, organizadas hierarquicamente e em paralelo, segundo Shumway-Cook e Woollacott

(2003, p. 83). Os autores observam que “as informações sensoriais cumprem muitas funções no controle do movimento.” Servem de estímulo para o movimento reflexivo na medula espinhal; modulam o resultado de movimento originado da atividade dos geradores de padrão na medula espinhal; modulam os comandos que se originam nos centros superiores do sistema nervoso. Contribuem para a percepção e controle do movimento, por intermédio de trajetos ascendentes, de formas muito mais complexas. O sistema de ação inclui áreas do sistema nervoso como o córtex, o cerebelo e os gânglios basais. Assim, um sistema depende do outro para gerar o movimento, que notadamente depende de outros complexos sistemas como o endócrino, circulatório e o respiratório para existirem.

O sistema nervoso, juntamente com o sistema endócrino, é responsável pela maioria das funções de controle do organismo. Em geral, o sistema controla as atividades rápidas do organismo, tais como contrações musculares, os fenômenos viscerais que se alteram rapidamente, e até mesmo, os ritmos de secreção de algumas glândulas endócrinas. O sistema endócrino, ao contrário, regula principalmente as funções metabólicas do organismo. O sistema nervoso é único na imensa complexidade das ações de controle que pode realizar. Literalmente recebe milhares de *bits* de informação de diferentes órgãos sensoriais e a seguir integra todas elas para determinar a resposta a ser executada pelo organismo. [...] Em última análise, o papel mais importante do sistema nervoso é a coordenação das atividades corporais. Isto é conseguido pelo controle (a) da contração dos músculos esqueléticos de todo o corpo, (b) contração da musculatura lisa dos órgãos internos e (c) da secreção das glândulas exócrinas e endócrinas em muitas partes do corpo. Tais atividades recebem coletivamente a denominação de *funções motoras* do sistema nervoso, e os músculos e glândulas são chamados de *efetores*, porque realizam as funções determinadas pelos impulsos nervosos. A porção do sistema nervoso diretamente envolvida na transmissão de impulsos aos músculos e glândula é conhecida como divisão motora do sistema nervoso. (GUYTON, 1986, p. 484).

Compreendida a conexão dos sistemas para a vida, o movimento como ação, a mobilidade como uma constante, o gesto de cada um, e a gravidade como uma força única, pode-se melhor entender o alcance da IE-Rolfing, ainda que o foco de entrada seja a estrutura.

### 2.1.3 História

A cientista norte-americana Ida Pauline Rolf, PhD em Bioquímica, foi pesquisadora no Instituto Rockefeller, hoje Universidade, em Nova York, até o final da década de 20. Começou a trabalhar com manipulação de pessoas em 1940, quando atendeu uma pianista que havia caído num buraco de uma calçada em Nova York e machucado mão e braço, impossibilitando-a de tocar... O trabalho com Rolf permitiu a ela que voltasse a tocar e a ensinar música novamente.

Thomas Morrison, um osteopata cego, tratou Rolf de um trauma por conta de um coice de cavalo, que levara quando jovem, no Colorado. Acidente que a deixou com sintomas semelhantes aos de pneumonia. Esse trabalho despertou o seu interesse pela osteopatia. Mas ele foi aguçado antes, quando foi atendida num hospital em Montana, com 40º de febre, por um osteopata, a pedido de um médico. Com a manipulação, voltou a respirar. Por isso, foi procurar Morrison. E já nessa época ficou interessada pela “teoria da osteopatia, segundo a qual a estrutura determina a função” (Feitis, 1986, p. 19). Ao alterar o modo como os ossos do corpo relacionam-se entre si, libera obstruções entre as articulações, aumentando o bem-estar. O que dá para entender porque funciona com lesões por impacto traumático, como foi o coice de cavalo que Rolf recebeu.

Rolf começou a desenvolver a IE-Rolfing, pelo seu “dom de entender os princípios básicos – novos e antigos – e a capacidade única de levá-los a um passo adiante” (FEITIS, 1986, p. 23). Ela investigava muitos trabalhos, como hatha ioga, osteopatia, homeopatia. Era uma incansável pesquisadora. Tinha uma capacidade ampla para relacionar conceitos, pensamentos, ensinamentos. Da osteopatia captou que o corpo é plástico; da homeopatia, que o corpo se autorregula e encontra sua própria cura; da ioga, que o corpo e a mente são partes de uma única coisa. Assim, o desenvolvimento global do ser pelo corpo pode mudar na direção de encontrar sua autorregulação, sua cura. E Rolf observou que o princípio organizador dessa mudança do corpo era a gravidade.

Sam Fulkerson, um devoto da semântica geral, que conhecera pessoalmente Alfred Korzybski, criador dessa teoria, incitou Rolf a ensinar o que fazia e estudava.

E assim começou a lecionar mais para osteopatas e quiropratas. Mas não estava contente, porque esses profissionais começaram a usar o aprendizado como auxiliar em suas atividades. A Integração Estrutural, como assim denominou, começou a ser usada em pedacinhos por outros profissionais, também. Alguns, chegaram até a alegar que seu trabalho não funcionava. A tendência era considerar o seu trabalho como uma técnica e não como um ponto de vista. Rolf não pretendia curar sintomas, e sim “criar seres humanos melhores”, escreve Feitis (1986, p. 26):

Os males curar-se-iam por si mesmos: os sintomas desapareceriam à medida que os organismos se tornassem equilibrados. A cura de sintomas desencadeia uma caçada interminável pelo corpo todo.

Ensinar o que sabia, o que pretendia, foi um caminho espinhoso. Ensinar do zero não é fácil. Mas Fulkerson estava certo ao dizer que para a IE-Rolfing sobreviver, Rolf tinha de ensiná-la. Juntando suas idéias e conhecimentos com a Lei da Gravidade, a lógica do corpo, e o seu próprio entendimento do que é o equilíbrio, chegou ao trabalho para a criação de equilíbrios, começando pela superfície do corpo e gradualmente atingindo-o em maior profundidade. A seqüência das 10 sessões de trabalho idealizada, a Receita, que seguimos basicamente até hoje, foi transmitida pela primeira vez, nos anos 50, para uma turma em Tunbridge Wells, Inglaterra.

Nunca é fácil manter a integridade de um novo sistema de trabalho, principalmente quando se trata de uma técnica manipulativa... IPR fez tudo o que podia para proteger a sua criação intelectual... Ela queria evitar a mecanicidade de métodos, que já existia na quiropraxia da época. Até solicitou documentos assinados de seus alunos, observado que só ensinassem IE-Rolfing depois de a praticarem por 5 anos. (Feitis, p.28). Posteriormente, em 1973, o ensino veio a ser administrado pelo Rolf Institute fruto da organização de um grupo de praticantes, que já vinha tentando se estruturar desde 1970.

Mas foi em Esalen, na década de 60, num verdadeiro laboratório de novas idéias, técnicas e experiências, que Rolf atendia e começou a ensinar para um

público conectado e diferenciado. Foi quando surgiram as expressões “ser rolfado” e “rolfing”.

Esalen se constituía de um grupo de edificações ao lado da Highway 1, uma auto-estrada, em Big Sur, entre São Francisco e Los Angeles, na Costa da Pacífico, nos EUA. Na década de 60 pretendia-se fazer um “ashram” para aprendizado de técnicas orientais. Mas abriu-se a “caixa de pandora” para técnicas psico-ativas. Abraham Maslow, Rollo May, Will Schutz entre outros pensadores passaram a dar workshops por lá. Fritz Perls, pai da gestalt-terapia, também esteve por lá. Rolf, inclusive. E foi quando e onde ela encontrou alunos diferentes, “descontentes com o conjunto consagrado de valores culturais dominantes” (Feitis, 1986, p. 31). E foi também nesse local com problemas até de logísticas, viviam-se até em Kombis, que começaram as pesquisas científicas sobre a validade da IE-Rolfing e a gestação do livro *Rolfing: The Integration of Human Structures*, lançado em 1977, com participação de Feitis, textos, e John Lodge, nas ilustrações.

Em 1969, o projeto de pesquisa fervia. Ondas cerebrais, perfis psicológicos, amostras de sangue e urina, eram todos testados antes, durante e depois das 10 horas de aplicação de Rolfing. A dra. Valerie Hunt do Laboratório de Movimento Humano da UCLA media o potencial muscular de diferentes partes do corpo, durante várias atividades. Depois de muito trabalho e dificuldades, nem computadores tinham, chegou-se a conclusão de que a IE-Rolfing “aproxima um sistema de sua normalidade e o torna mais eficiente no uso de sua energia” (Feitis, 1986, p 34).

Rolf trabalhou até muito idosa e faleceu em 1979. O Rolf Institute, fundado em 1971, com sede em Boulder, Colorado, é ainda hoje a entidade responsável pela formação profissional de rolfistas no mundo todo. Inclusive no Brasil, por meio da Associação Brasileira de Rolfing® (ABR).

Na década de 70 começou-se falar de Rolfing no Brasil. José Angelo Gaiarsa, pioneiro em abordagens corporais no Brasil, trouxe James (Jim) Hrisikos dos EUA para fazer sessões por aqui. Pedro Prado foi um dos que a receberam. E em 1981, Prado volta dos EUA, rolfista, pronto para atender no País.

Em 1988, no Brasil, em São Paulo, por também intervenção de Prado, é fundada a Associação Brasileira de Rolfing® (ABR), que passa a organizar e dar cursos no Brasil e a treinar professores. Todos são filiados ao Rolf Institute, e muitos lecionam no mundo todo. Dez anos depois, em 1998, é criado o Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing® (Naper), com o objetivo de maior de pesquisar e atender à comunidade. Mais de mil pessoas já passaram pelo processo neste núcleo, desde então. Até hoje, Prado, seu criador, supervisiona este grupo de trabalho e pesquisa.

O Rolfing® Movimento, preconizado por Rolf, foi ampliado por praticantes e pesquisadores rolfistas como Vivian Jaye, Jane Harrington e aprimorado principalmente por Hubert Godard, com a contribuição de outros muitos expoentes da escola e do legado de Rolf. O R®M contribui para potencializar o que se solta, descomprime, com a liberação miofascial, aumentando a percepção do movimento, sobretudo de como se fazia ou se faz um mesmo movimento, ou até mesmo descobrir um novo.

Outras taxonomias são incorporadas ao trabalho, otimizando modos de se fazer a leitura – que é observar em que lugar o cliente se encontra física, funcional e emocionalmente, em cada sessão. Maitland *apud* Prado (2006, p.47) divide as possibilidades de observação em física, funcional, energética e emocional. Prado readapta o modelo, dividindo em física – estrutural e funcional; e psicobiológica – emocional/psicológica, cultural/ambiental, existencial/espiritual e energética.

Hoje a formação engloba o estrutural e o funcional juntos. Textos, livros, ensaios, pesquisas, e outros trabalhos já são incorporados na tradição oral, usada por muitos anos, de se ensinar o legado de Rolf.

## **2. 2 PARALISIA CEREBRAL**

### **2.2.1 Definição**

Em 1978, Bobath se referia à paralisia cerebral como “uma seqüela de uma agressão encefálica, que se caracteriza por um transtorno persistente, do tônus, da postura e do movimento do portador”... afirmando que “é uma agressão não

progressiva, mas geralmente mutável, em referência às seqüelas”, destacando que “a inteligência do portador é normal”, quando não há lesões nas áreas mentais (Coletta, *et al* 2005).

Vários fatores podem provocar “distúrbios na criança, desde o desenvolvimento das células cerebrais na fase embrionária, distúrbios patológicos, como doenças renais, incompatibilidade do fator Rh da mãe e do filho, ou infecções na infância.” FISHBEIN (1964, p. 559). Ele descreve também, como outros, a duração do parto, a posição do bebê, o uso de fórceps, como fatores atenuantes e comuns para desencadear o problema. Entre as causas pré-natais, a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação acrescenta que, além das desordens genéticas, há as infecções congênitas, apontando: citomegalia, toxoplasmose, rubéola e hipóxia fetal, esta decorrente de complicações maternas, como no caso das hemorragias. A exposição da mãe a substâncias tóxicas ou agentes teratogênicos tais como radiação, álcool, cocaína e de determinados remédios também são fatores de risco . As causas perinatais estão relacionadas principalmente com complicações durante o parto, prematuridade e hiperbilirrubinemia. E os principais riscos pós-parto, são as infecções do sistema nervoso central como meningites e encefalites, mais traumatismo crânio-encefálico e hipóxia cerebral grave, como quase afogamento, convulsões prolongadas e paradas cardíaca.

Mais comum em locais com poucos recursos para realização de partos, hoje, um pré-natal eficiente, com tantas novas tecnologias disponíveis, e um parto em hora certa poderiam evitar muitos transtornos e gastos, como o trabalho da AACD, que em seu site afirma: “A Clínica de Paralisia Cerebral é a maior da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) em número de pacientes e de atendimentos ([www.aacd.org.br](http://www.aacd.org.br)). Além disso a maternidade responsável dos pais, em especial da mãe, com a sua saúde e a do bebê, sem tirar a responsabilidade do pai, e dos órgãos de saúde, podem contribuir para melhorar em muito esse quadro.

### **2.2.2. História**

O médico William John Little foi o primeiro a pesquisar e escrever sobre diplegia espástica, em 1860, denominada, nesta época, como doença de Little. A

história registra que Sigmund Freud é quem batizou o distúrbio como paralisia cerebral, no ano de 1897, e acrescentou infantil ao nome.

Hoje, há reservas quanto a esta denominação, uma vez que as pessoas com seqüelas motoras na vida adulta não têm transtornos mentais ou cerebrais. Assim, alguns estudiosos têm denominado PC como Incapacidade Motora Cerebral (IMC). Embora, nas abordagens científicas, continua a ler-se Paralisia Cerebral, como denominação.

Para o Ministério da Saúde, no Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência, de 2006 (p.51), a definição do quadro é a seguinte:

Paralisia cerebral – qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Esse cuidado com a linguagem para se tratar portadores de deficiências, inclusive de PC, mereceu um estudo de Sasaki, consultor de inclusão social. Para ele a construção de uma verdadeira sociedade inclusiva passa também pelo cuidado com a linguagem. Por ela, “se expressa, voluntariamente ou involuntariamente, o respeito ou a discriminação em relação às pessoas com deficiências”. Assim ele listou em sua pesquisa 59 expressões incorretas, ressaltando que a paralisia cerebral não é uma doença, mas uma condição. Entre as citações:

**19. “*ela teve paralisia cerebral*”** (referindo-se a uma pessoa no presente) A paralisia cerebral permanece com a pessoa por toda a vida. FRASE CORRETA: *ela tem paralisia cerebral*. (SASSAKI, 2008, p. 3).

No entanto, o dito acima, nada muda a questão do estigma que os portadores sofrem por seqüelas do transtorno. Talvez o nome devesse ter ficado doença de Little, nome do médico que descobriu o transtorno, prática comum na medicina e comunidade científica. É uma questão que resvala muitas vezes no emocional dos portadores de PC e de outras deficiências, interferindo na imagem corporal.

Sobre imagem corporal, a psicanalista Françoise Dolto *apud* Motta (2003, p. 63) afirma que a integridade da imagem do corpo não está diretamente ligada a alguma deficiência que a pessoa possa ter, mesmo que seja a falta de alguma parte desse corpo. Desde que não tenha sido “neurotizada” pelos pais durante fases aguda das moléstias, no caso poliomielite. Para Dolto a imagem corporal se constrói dos repetidos cuidados que são dados ao bebê, à criança. Daí ela parte para uma imagem funcional, a interação com o externo e depois chega à imagem erógena.

Motta, rolfista avançada, observa que a imagem corporal é um mecanismo complexo por englobar funções que integram muitos elementos. Essa imagem relaciona-se à identidade corporal do sujeito. “Essa identidade se apresenta como um todo interconectado, que se desenvolve pela vida, pela história. A estrutura humana também se constrói durante a vida do indivíduo. O Rolfing® toca essa estrutura, chegando então à história, à identidade, mexendo assim na imagem do corpo (Motta, 2003, p.4).

Essa ‘neurotização’, vinda dos pais ou cuidadores, pode vir dos extremos. Excesso de cuidados, gerando autodependência, ou poucos cuidados, falta de amor, atenção, educação e inclusão, gerando rejeição e baixa estima. O psicanalista Winnicott sintetiza muito bem o papel dos pais, ou melhor da mãe, no desenvolvimento da criança, quando se refere à importância da mãe “ser uma mãe suficientemente boa” (Safrá, 2005, p.149). É dela a função de dar o sentido de corpo e integração, de *self*, ao tocar o bebê, ao interagir com ele. Ela, a mãe, é a sua gravidade.

Desorganizações no sistema nervoso apresentam interferências no emocional, no psicobiológico, no espiritual, no energético, no social, no cultural, na vitalidade da pessoa, além de comprometimentos motores, físicos ou mentais, analisados pela área da saúde.

### **2.2.3 Incidência**

Sobre a incidência, no mesmo documento do Ministério da Saúde (2006, p18), citado no item acima, aponta-se que por não ser patologia de notificação

compulsória, a PC apresenta-se como sendo de “difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por mil nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9 casos, respectivamente.”

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fmusp), em 800 pacientes matriculados, aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo cerca de 16,4%.

Outra pesquisa, realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de portadores de deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de portadores de deficiência mental, 106 casos (12,47%) de portadores de deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de deficiência múltipla (mental e motora).

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiência nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais freqüente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 18).

#### **2.2.4 Tipos**

De acordo com Souza e Ferraretto (1998), a PC pode ser classificada por dois critérios:

Pelo tipo de disfunção motora presente, ou seja, o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetóide, coreico e distônico), atáxico, misto e espástico; e pela topografia dos prejuízos, ou seja, localização do corpo afetado, que inclui tetraplegia

ou quadriplegia, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia. Na PC, a forma espástica é a mais encontrada e freqüente em 88% dos casos.

As características do tipo espástico, descrito por Teive *et. al.*, (1998, p.1):

A espasticidade pode ser definida como o aumento, velocidade dependente, do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. A espasticidade associa-se, dentro da síndrome do neurônio motor superior, com a presença de fraqueza muscular, hiperreflexia profunda e presença de reflexos cutâneo-musculares patológicos, como o sinal de Babinski.”

Teive continua descrevendo que:

Dentre os vários mecanismos fisiopatológicos, originados em vários pontos da via do reflexo do estiramento, envolvendo os motoneurônios alfa, gama, interneurônios da medula espinhal e vias aferentes e eferentes, sobressai a teoria clássica do aumento do tônus, secundário à perda das influências inibitórias descendentes (via retículo-espinhal), como resultado de lesões comprometendo o trato córtico-espinhal (piramidal, agora melhor definido como vias mediadoras de influências supra-espinhais sobre a medula espinhal). A perda da influência inibitória descendente resultará em aumento da excitabilidade dos neurônios fusimotores gama e dos moto-neurônios alfa.

Destacando:

Os principais neurotransmissores envolvidos no mecanismo do tônus muscular são: ácido gamaminobutírico (Gaba) e glicina (inibitórios) e glutamato (excitatório), além da noradrenalina, serotonina e de neuromoduladores como a adenosina e vários neuropeptídeos.

### **2.2.5 Tratamentos**

O tratamento requer equipes multidisciplinares, em especial na infância e acompanhamento constante. Exercícios são fundamentais e próteses e cirurgias ortopédicas podem ser necessárias.

Um portador de paralisia cerebral passa por vários traumas em sua vida, iniciando-se no período neonatal, com várias afecções permanentes do sistema nervoso central. O próprio parto, a necessidade de permanecer em incubadoras, não poder mamar no peito da mãe, um recurso fundamental para a saúde e desenvolvimento psicomotor da criança. Sendo “a espasticidade uma das seqüelas mais constantes” (TEIVE *et. al.*, 1988, p.2). Seqüela esta, que pode levar a cirurgias, denominadas tenotomias, em especial de adutores e túnel de carpo. Há também dores localizadas, questões respiratórias e digestivas – como refluxos. Além dos problemas motores, denominados por muitas vezes de incapacidade, outros, se somam. Juntos, alteram o seu esquema corporal, modificando a sua imagem corporal e o seu comportamento emocional.

Assim, além do apoio da família, de substancial importância, são necessários diversos recursos, entre saúde e educação e inclusão social – trabalho e aposentadorias –, para atender essa criança e mantê-la como adulta em atividade funcional e emocional com qualidade de vida. E muitos desses recursos são permanentes, em especial manipulações corporais, como as manobras de manipulação miofascial e movimentos funcionais, como o rolfing movimento e exercícios moderados.

### **2.2.6 Estudos contemporâneos**

Na PC espástica, segundo o site da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, a lesão está localizada na área responsável pelo início dos movimentos voluntários, trato piramidal, e o tônus muscular é aumentado, isto é, os músculos são tensos e os reflexos tendinosos são exacerbados. Mas a grande maioria das crianças adquire marcha independente antes dos 8 anos de idade. No entanto, tendem a desenvolver deformidades articulares porque o músculo espástico não tem crescimento normal. As deformidades mais freqüentes são flexão e rotação interna dos quadris, flexão dos joelhos (em tesoura ou em X), equinismo e curvas escolióticas ([www.sarah.br](http://www.sarah.br), 2011).

Referimo-nos novamente à titulação do toque, para manobras manipulativas, lembrando as contra-indicações apontadas por Schleip e *tal*, (1999). Segundo estudos, nos casos moderados o Rolfing® pode ajudar os portadores de PC; os casos sérios tendem a piorar. Porém, alegam também, que informações científicas recentes apontam que restrições do tecido conectivo têm importância maior do que se pensava anteriormente em pacientes com paralisia cerebral. Nesse raciocínio, o encurtamento de tecido no tríceps sural limita a capacidade de caminhar por causa da limitação da mobilidade na dorsiflexão do pé, por exemplo, uma reação em cadeia. Em nosso estudo, a relação do tecido conectivo pelas linhas e cadeias musculares, como pés/pelve, cabeça/tronco apresentou liberação de articulação local e do tecido em cadeia, pela teia da fáscia. A liberação miofascial pode liberar tecidos restritos e pode refazer a teia dos músculos agonistas, antagonistas e sinergistas, quando não há perda de neurônios.

Há também novos estudos como de Sommer (2007), relatando benefícios em trabalhos de manipulação corporais em tecido profundo com crianças com PC, através de uma metodologia denominada Advanced Biomechanical Rehabilitation (ABR), Biomecânica Avançada de Reabilitação, desenvolvida por Leonid Blyum. Uma manipulação do corpo que objetiva a reconstrução biomecânica do sistema músculo-esquelético, seguindo o desenvolvimento motor normal. Pode ser, também, ensinada aos pais, que aplicam os movimentos nas crianças com PC ([www.blyum.com](http://www.blyum.com)).

Piret e Béziers (1992, p.12) observam que certos casos neurológicos, embora fixados em hábitos motores anormais, captam com bastante facilidade a imagem do gesto normal. Outros casos mostram maior dificuldade ou por apresentarem lesões de centros ou vias de sensibilidade, ou distúrbios na concepção do gesto. O que vem a reforçar uma vez mais a importância da percepção do movimento. Em nosso estudo de caso, muitas vezes havia uma inibição do movimento. Mexer a articulação do tornozelo em flexão e extensão, por exemplo, era difícil. Mas apenas pensar em fazer o movimento era fácil e possível. E após algum tempo, essa percepção era refletida no movimento biomecânico, o que liberava parcialmente o tecido do tríceps sural. Mas, sobretudo, contribuía para o metabolismo, interferindo no sistema nervoso, em especial neurônios gama e alfa e neurotransmissores.

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

#### 3.1. CASUÍSTICA

O sujeito da pesquisa, denominado A.S., é do sexo feminino, 52 anos, 62 kg, 1,62 m, adulta ativa, casada há 24 anos, tem um filho, de 22 anos, de parto normal. E tem um neto de 3 meses. Foi diagnosticada com PC, com características predominantes espásticas, quando tinha 5 anos, pela Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Conta que sua mãe teve uma forte hemorragia na hora de seu parto, que aconteceu no quarto, sem a presença de médicos. A. S. nasceu muito pequena, não mamou, chorava muito, não engatinhou e andava mal. Teve de se submeter a várias cirurgias. Fez cirurgia no tendão do calcâneo, direito e esquerdo, aos 18 anos. Aos 21 anos, cortes nas inervações dos adutores, tenotomia dos músculos adutores do quadril. Retirou a tireóide, em 1998. Se submeteu à cirurgia no túnel do carpo, em 2006. E cirurgia de hérnia de hiato, em 2010. Ainda descreve ter bronquite e leve incontinência urinária.

Emocionalmente relata ter variações emocionais “pois carrega o peso de ser portadora de paralisia cerebral”, como descreve. E aponta a “rejeição” como um fardo. Acrescenta estar em estado depressivo o que atrapalha o sono e a respiração. É técnica em química. Já trabalhou em laboratório e dirigia um “fusquinha”. Nessa época, foi vítima de um seqüestro relâmpago, era solteira, e parou de guiar. Hoje cuida da casa, sozinha, do marido com diagnóstico de metástases cervicais, o que a deixa apreensiva, e dois cachorrinhos. Mudou-se recentemente de um apartamento em São Paulo, para uma casa no interior do Estado.

Foi convidada a receber as sessões de Integração Estrutural-Rolfing por ser aluna num centro de atividade para a 3ª idade, cuja irmã e uma prima, com mais de 60 anos, também participam (daí a exceção para ser aceita no grupo com 52 anos). O objetivo do convite era para verificar se com a IE-Rolfing melhoraria o seu equilíbrio e a sua locomoção

Neste centro, há atividades físicas, recreativas, nutricionais, artesanais e culturais. Foi participante por mais de 3 anos de dinâmicas de movimento de ginástica funcional Método Menegatti (MM) e Rolfing Movimento (RM). São atividades em que se observam a evolução de movimentos, habilidades e sociabilidade. Esteve nesse grupo por cerca de 4 anos.

A.S., sujeita dessa pesquisa, vinha se esforçando em todas as suas atividades motoras e sociais, neste grupo. Tentava fazer as seqüências de movimento sugeridas. Vinha tendo maior percepção que todos os alunos da turma. Sempre disciplinada com as “lições de casa”. A primeira a criar seqüências de movimento sempre que solicitada. Relatava aplicar o aprendizado das atividades em grupo em suas tarefas rotineiras.

### **3.2. MÉTODO**

Usou-se a receita proposta por Rolf: 10 sessões estruturais, de liberação miofascial, objetivando trabalhar nas lesões, titulando-se o toque – peso, ritmo e direção – e 10 de Rolfing Movimento, atuando na inibição do movimento, exploração da função tônica, duas vezes por semana, seguindo os princípios do método Rolfing®. Mais 2 sessões estruturais e de movimento, de retorno, consideradas de manutenção. O 1º em 2 meses. O 2º, em 4 meses. As sessões utilizaram as técnicas de manipulação e de movimento isoladamente ou em conjunto.

Quanto à questão do vínculo, da relação terapêutica, foi reforçado o elemento de acolhimento, de recebê-la no seu ritmo, em seu tempo, para se expressar física e emocionalmente, ponderando os seus limites. As funções vegetativas da boca (sucção, deglutição, respiração e mastigação), também foram exercitadas, usando o método da fonoaudióloga Beatriz Padovan ([www.padovan.pro.br](http://www.padovan.pro.br), adaptado pela rolfista Beatriz Pacheco (2009, p. 8-9). Contribuindo para a organização das cervicais, cabeça, ATM e sistema nervoso.

Foram usados os questionários de entrevistas padrão do Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing® (Naper)<sup>3</sup>. O questionário WHOQOL, abreviado, versão em português – com perguntas sobre qualidade de vida da pessoa com ela mesma e com o ambiente. Pesquisa e entrevistas livres – não classificadas ou estruturadas, montadas pela autora da pesquisa –, feitas com parentes, amigos e professores de movimento do núcleo de 3ª idade e com o sujeito da pesquisa. E relatos de visitas ao local de suas atividades rotineiras como trabalho, casa e atividades físicas e sociais, com depoimentos de parentes, amigos e professores de movimento.

Também foram analisados fotos e vídeos, de antes e depois de algumas sessões, em especial, antes da 1ª, entre a 4ª e 5ª, quando trabalha-se na linha medial – que permite os movimentos de adução e abdução, foca-se mais especificamente no espaço visceral e sistema estomatognático. Também entre a 6ª e 7ª, quando se trabalha mais a linha posterior e a cabeça, com sessões intraoral, com foco nas cervicais em especial C1, C2 e C3. Quando se está mais próximo da funcionalidade dos sentidos, do fuso do olhar e das articulações da mandíbula. Os sentidos orientam a cabeça, que organiza a postura e a linha que a IE-Estrutural Rolfing quer fazer aparecer.

## **CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1. RESULTADOS**

Surgiram neste estudo de caso, mudanças estruturais, funcionais e psicobiológicas, reveladas pelas fotos, escalas, relatos da cliente e de outras pessoas que convivem ou conviveram com o sujeito da pesquisa.

Verificou-se como essa mudança de movimento e equilíbrio representaram mudanças na integração estrutural, refletindo na linha, no eixo, em busca da verticalidade.

---

<sup>3</sup> O Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing® (Naper), foi criado em 1988, com o objetivo maior de pesquisa, e para atender à comunidade. Mais de mil pessoas já passaram pelo processo neste núcleo. Dezenas de rolfistas graduados também já atuaram neste grupo, sob supervisão de Pedro Prado.

No estrutural, essa verticalidade, organizou blocos, como o encaixe da pelve, com sua melhor horizontalização, refletindo nos ombros, e cabeça. Organizando as linhas do corpo, anterior, posterior, laterais direita e esquerda e medial. Com maior suporte nos pés, fáschia plantar, arcos e artelhos responsivos, ganhou suporte para a organização da coluna e cabeça, o desenrolar das linhas.

Antes, baseado em relatório do Naper, sua estrutura apresentava pouco suporte baixo. Pés chatos, artelhos em garra, no esquerdo mais, mas maior apoio nele. Pernas/joelhos/coxas, em X, adutores encurtados, esquerdos mais, coxa direita, mais à frente da linha horizontal, plano frontal. Na maca, joelho direito mantinha-se afastado 3,5 cm e esquerdo, 1 cm. Cabeça (lordose em excesso em relação ao restante da coluna (a base), à frente do tronco/tórax), orientação espacial, para o chão. Olhos vigilantes e usava a cabeça (atlanta-occipital) para responder sim ou não. Tronco rígido, anterior e posterior (espaço visceral contido e coluna retificada nas lombares e torácicas. Curva escoliótica à direita – inclinação à esquerda e rotações vertebrais à direita nas torácicas e vice-versa nas lombares. Sentava atrás dos ísquios. Tinha dores nas lombares e, às vezes, nas torácicas altas. Também relatava dores no ombro e pé direito.

Seus parentes, amigos e colegas de atividades físicas, e professores e coordenadores dessas atividades sociais, numa escala de 5 a 10 (ruim, satisfatório, bom, melhor, bem melhor, ótimo), apontaram:

- 50% que sua caminhada antes era ruim. Depois do processo 30% achou bom e 20%, melhor.
- Quanto ao equilíbrio, antes 50% considerava ruim, depois 40%, melhor e 20%, bem melhor.

Houve melhora na intensidade de dores referidas – lombar: antes, 9; depois 6. Ombro direito, antes 8; depois 6. Pé direito, antes 9; depois 6.

Constatou-se no funcional mudanças de hábitos posturais e repadronização de movimentos preliminares ou fundamentais – como andar, sentar, levantar, principalmente do chão, solo, subir e descer escadas, agachar. Joelhos em melhor extensão. Melhora de habilidades – como vestir-se, carregar objetos. Mudanças no

ritmo e na velocidade da marcha. Mais segurança na coordenação para os movimentos. Busca por mais contralateralidade. Apoio menor na perna direita para se locomover e uso menor do braço direito (também, como uma bengala), e giro menor da perna esquerda. Andar ao redor da pelve, num cilindro, cinturas pélvicas e escapular acompanham, em mais harmonia. Puxa menos cotovelo direito para trás. Ritmo rápido e move um pouco o lado esquerdo. Ganhou mais percepção visual periférica e entendeu a necessidade de expirar mais, orientar-se para o espaço e responder com a voz e não com a cabeça.

Antes, apoiava na perna direita e usava o braço direito, também, como uma bengala, e girava a perna esquerda. Andava ao redor da pelve (G), num cilindro, cinturas pélvicas e escapular acompanhavam. Puxava cotovelo direito para trás. Ritmo de caminhada lento e movia mais lado direito (homolateral). Sua percepção visual era mais focal; auditiva, mais externa. Mantinha-se mais na inspiração, respiração paradoxal. Orientação: chão.

No psicobiológico, esses ganhos, interferiram no bem-estar e qualidade de vida de A.S., influenciando na sua depressão, auto-estima e capacidade de comunicação, na relação com os outros. Apresentou ainda modificação na voz e no olhar. A.S. relatou que “o toque lhe fazia muito bem”. Ser tocada teve um significado importante no processo. Descreveu, ainda, no Relatório do Cliente-Naper que seu objetivo antes do processo era alcançar “liberdade de movimento e segurança”.

Antes, tinha uma imagem corporal global e atenção a partes do corpo que considerava “danificadas”. Sua auto-estima era mais negativa. Também considerava-se muito limitada nos movimentos e muito dependente das pessoas em certas ocasiões, como tomar banho (tinha medo de escorregar no box e da “escuridão” do banheiro e aflição para lavar a cabeça), dificuldade para vestir calças, amarrar cadarços de tênis, subir e descer escadas, degraus, sentar, deitar e levantar do chão e superfícies mais baixas que o padrão.

Considera-se mais independente das pessoas em certas ocasiões, como tomar banho (menos aflição para lavar a cabeça), menor dificuldade para vestir calças, amarrar cadarços de tênis, subir e descer escadas, degraus, sentar, deitar e levantar do chão e superfícies mais baixas que o padrão.

Seus parentes, amigos e colegas de atividades físicas, e professores e coordenadores dessas atividades sociais, numa escala de 5 a 10 (ruim, satisfatório, bom, melhor, bem melhor, ótimo), apontaram:

- Auto-imagem, para 40% era ruim, depois para 40%, melhor e 20%, ótima.
- Referente ao emocional, antes, 50% considerava ruim; depois, 30%, melhor e 30%, ótimo.
- Quanto ao relacionamento com colegas, antes 40% apontavam como ruim; depois 50%, ótimo.

Respostas mais significativas do Qualidade de vida (WHOQOL), respondidas por A.S.:

- 3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Antes, 5 (extremamente); depois 4 (bastante).

- 4. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Antes, 3 (mais ou menos); depois, 4 (bastante).

- 11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Antes, 5 (completamente); depois, 3 (médio).

- 26. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Antes, 4 (muito freqüentemente); depois, 2 (algumas vezes).

A.S. escreve sobre o processo: “me devolveu auto-estima, melhor condicionamento físico, mais agilidade, flexibilidade e equilíbrio. Minha postura melhorou em 100% e eu voltei a encarar o espelho”. (*O que talvez explique a resposta à pergunta 11, acima descrita*). Quando indagada se aceitava a sua aparência física, antes do processo respondeu completamente. Mas depois, nem tanto: médio, caiu de 5 para 3. No entanto, quando indagada como falaria sobre a IE-Rolfing para outra pessoa, escreve: “Que não existe remédio melhor para aliviar as dores do corpo e da alma”. Emocionalmente, diz que antes se sentia mal, agora ótima. “Agora vejo que o ‘lado ruim’ da vida, também tem seu ‘lado bom’”.(Relatório do Cliente Naper, 2011).

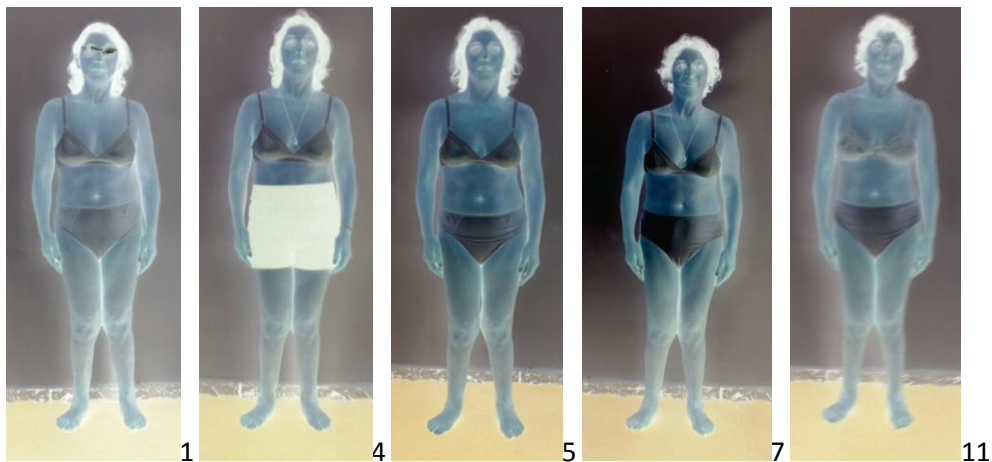
Nas observações do aspecto energético notou-se ativação do sistema simpático e também parassimpático. Hipertonia cedendo às manobras e se mantendo em especial quando o emocional não interfere. Chacras pélvico, diafragmático, garganta e topo da cabeça menos densos, mais relaxados.

Antes, havia mais ativação do sistema simpático. Apresentava mais hipertonia. Chacras mais densos pélvico, diafragmático, garganta e topo da cabeça.

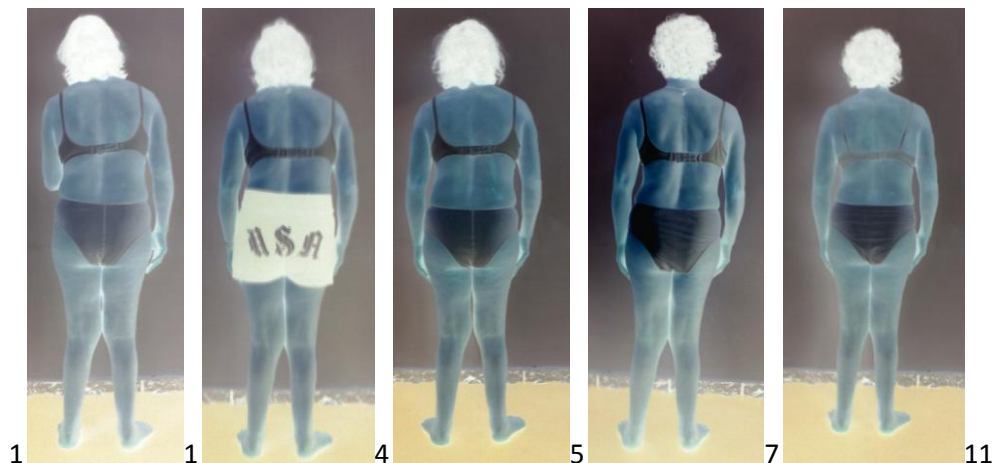
#### 4.1.1 Imagens de resultados

Leia-se descrição (mais imagens em fotos, anexas em CD). Por elas pode-se acompanhar a organização da linha vertical que o Rolfing propõe. Observar as linhas horizontais, cinturas pélvica e escapular, pescoço e cabeça, tronco.

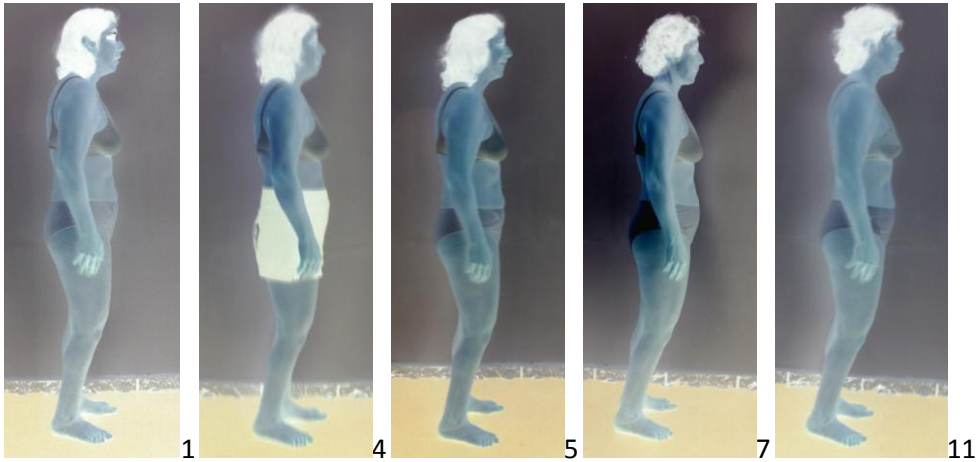
Anterior (antes da 1ª sessão e após, 4ª, 5ª, 7ª e 11ª)



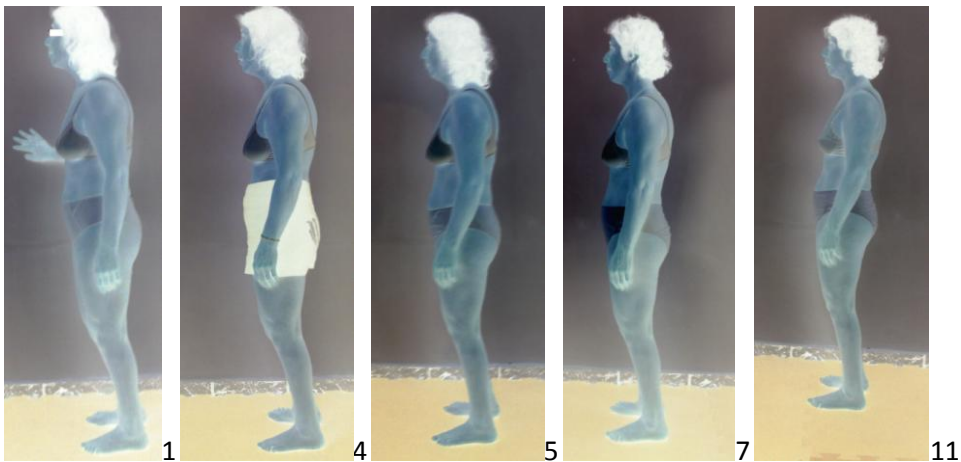
Posterior (antes da 1ª sessão e após, 4ª, 5ª, 7ª e 11ª)



Lateral direita (antes da 1ª sessão e após, 4ª, 5ª, 7ª e 11ª)



Lateral esquerda (antes da 1ª sessão e após, 4ª, 5ª, 7ª e 11ª)



#### 4.1.2 Análise qualitativa dos resultados, trazidas pelo sujeito da pesquisa, A.S.

A.S. descreveu sensações – alterações no sistema nervoso – como: momentos de sensação de calor, de “coisas” correndo pelo corpo e abrindo espaço. Também relatou dores, quando nos encurtamentos mais característicos da PC, como nos músculos adutores da coxa, tendão do calcâneo, tríceps sural, e fásia plantar: “parece uma faquinha cortando fininho”. Cansava muito nos movimentos com a função tônica. Já na primeira sessão, sentiu que expirava mais. Achou graça em sentir pernas e braços crescendo, se soltando de algum lugar. Ao trabalhar

pernas e pés ganhou muito suporte. Artelhos chegaram ao chão. Passou a sentir os ísquios e a tentar sentar melhor posicionada sobre eles ou à frente deles. Passou a focar menos o chão. Diminuiu a necessidade do apoio do braço direito para andar e, para as fotos estáticas, nem precisava mais do apoio. Joelhos cederam, na maca mais de 1 cm, e ganhou mais mobilidade na virilha (psoas, adutores). Passou a usar menos o movimento da cabeça para falar sim e não e bem mais a voz. Ficou mais vaidosa. Começou a vir mais arrumada. Falou muito do sentimento de rejeição dela e do marido por aceitá-la como é. Acha que foi mais forte quando soube que o marido tinha de novo nódulos cancerígenos. Percebeu que aceitou melhor as imaturidades do filho, bem como o primeiro casamento dele, quando trouxe a nora para morar em sua casa. Depois, as muitas mudanças, quando até da separação deles. Quando se refazia, o filho, se muda para outro Estado, e casa-se novamente. Mas por fim A.S. recebe uma alegria: um neto. Ser avó, descreve ela, foi uma grande realização “para uma enjeitada”. Cresceu sua estabilidade de movimento nas atividades na 3ª idade e a sua popularidade entre os colegas. Na visita à sua casa, constatou-se que sabe receber muito bem. Fez um “chá da tarde” para cerca de 15 convidados. Movimentando-se com rapidez e segurança pelo apartamento, servindo convidados, fazendo quitutes. Mostrou-se uma boa anfitriã. E foi uma oportunidade para ouvir dos convidados, parentes e amigos, sobre os efeitos do IE-Rolfing em seu movimento e no comportamento emocional. Demonstrava como a IE-Rolfing é um processo que transforma e muda relações.

Nos últimos retornos, apresentava acúmulo de tônus na região dos adutores, reclamou de câimbras à noite na “barriga” da perna. Mas alegou que é era efeito do remédio “cloridrato de sertralina, que o médico receitou, para se acalmar” – mais uma vez o marido vai ter de fazer outra cirurgia, outro nódulo cancerígeno nas cervicais. E ela acha que depois disso ficou mais rígida. Mas também confessou estar indisciplinada. Não tem feito manutenção de IE-Rolfing, mudou de São Paulo. Confessou não estar fazendo nem exercícios em casa, e nem atividades físicas em outro local, porque ainda não se achou na nova cidade.

## 4.2. DISCUSSÃO

Pesquisar as contribuições da IE-Rolfing para portador de PC, adulto e funcional, emergiu do conhecimento de que existe inibição de movimento para quem tem o sistema nervoso funcionando dentro dos padrões mínimos de organização previstos pelos estudos de motricidade.

E é por este sistema que se organiza qualquer movimento. E movimento é pensamento, ação, atitude, mobilidade constante.

A constatação de que essa inibição de movimento pode ser ainda mais atenuante para aqueles que, por problemas genéticos, traumas, acidentes, patologias, lesões, têm padrões de movimento diferentes dos definidos por esses conceitos de motricidade, ou preconizados por padrões de controle motor, foi um componente a mais para justificar a investigação.

E, sobretudo, porque a IE-Rolfing não pretende consertar, curar, mas sim integrar o corpo com a pessoa, a pessoa no tempo e no espaço, no ambiente, na sociedade. Rolf (1999, p. 23) aponta o tecido conjuntivo, a fásia, como conexão e relação, a estrutura como relação, do corpo e do movimento. Seu método não pretende corrigir movimentos, mas integrá-los.

Conceitos de estudiosos contemporâneos, que trabalham com reabilitação, ajudaram a corroborar esse pensamento de que a IE-Rolfing poderia trazer alguma contribuição ao sujeito desta pesquisa. Conceitos estes que validam os pensamentos de Rolf.

Piret e Béziere (1992, p. 9), que trabalha também com pacientes em reabilitação neurológica, observa que não se pode considerar a motricidade como uma estrutura isolada, “sem perceber que ela está constantemente unida a uma vida psíquica, afetiva e de relação”. Ou seja tudo importa. Tem de se olhar a pessoa holisticamente. Um dos princípios da IE-Rolfing.

Além da genética, cultura e educação que vão influenciar na construção e no desenvolvimento de um corpo, um ser, acrescenta também Feldenkrais (1992, p.19), o que remete ao holismo e ao “círculo do ser”, conceitos já mencionados anteriormente na introdução. Feldenkrais, renomado físico, também estudou o desenvolvimento do movimento em deficientes físicos e trabalhou com reabilitação. Seus movimentos propostos são lentos, sem força, feitos para sentir, perceber, diferenciar.

Fonseca (1977 p. 16), que segue a linha da psicomotricidade, também analisa os limites desse pensamento de movimento “normal”, por uma visão anatômica ou mecanicista, quando se estuda só ossos, músculos, articulações, e não se aborda o significado do movimento como relação consciente e inteligível entre a ação do indivíduo e a situação circunstancial. Para ele, não se pode prender-se a métodos empíricos ou correccionistas e padronizados, mas caminhar para uma ciência susceptível de inovação e permeabilidade experimental. Ou seja, valorizar o potencial da pessoa em vários sentidos de formas diversas.

Uma melhor percepção do aspecto tridimensional da anatomia musculoesquelética e uma avaliação dos padrões de compensação e distribuição de forças do corpo como um todo, pode ajudar a compreender os objetivos dos esquemas dos trilhos anatômicos, propostos pelo rolfista Myers (2001, p.1). Em termos clínicos, colabora para entender como problemas dolorosos em um corpo, podem estar ligados a distantes áreas do ponto da dor. Myers nos dá uma visão dessas linhas, por meio de meridianos, apresentando caminhos na anatomia.

Keleman (1985, p. 16), com sua visão emocional da anatomia, quiroprático e bionérgico, observa que os seres humanos se organizam ao redor de uma série de espaços, que permitem a passagem de líquidos. Assim, o homem é um organismo em autoconstrução. Constitui-se em uma série de espaços organizados que desenvolvem uma estrutura que permite a circulação de nutrientes e substâncias. Seu pensamento nos remete ao aspecto visceral, ao sistema endócrino. Ao conteúdo visceral e emocional que a IE-Rolfing também pode interferir.

Para Rolf, corpos se desorganizam até na estática, que dirá no movimento. Ela descreve que em posição ortogonal, cinco pontos horizontais do corpo levam à verticalidade, já descritos na revisão da literatura, num impulso referencial para cima, num alinhamento basicamente estrutural, conhecidos de várias escolas. Referindo a corpos sem lesões ou inibições no controle motor. Concluindo que: “Um corpo construído assim está num alinhamento estático. As pessoas de corpo desorganizado não conseguem sequer apresentar esse padrão estático” (ROLF, 1999, p. 211).

Esse alinhamento vertical é também descrito por Shumway-Cook e Woollacott apud Basmajian e De Luca, 1985 (2003, p. 157), como uma linha média entre o processo mastóide, frente das articulações dos ombros, frente ou atrás das articulações do quadril, centro das articulações dos joelhos, e frente das articulações dos tornozelos.

Se muitas vezes são pessoas sem deficiências neuromotoras que não estão nesse alinhamento, poderia se pensar que a IE-Rolfing algum benefício poderia trazer a pessoas ativas com algumas seqüelas de PC.

A paralisia cerebral é “uma seqüela de uma agressão encefálica, que se caracteriza por um transtorno persistente, do tônus, da postura e do movimento do portador”, escreve Bobath (1978), *apud* Coletta (2005), afirmando que “é uma agressão não progressiva, mas geralmente mutável, em referência às seqüelas”, destacando que “a inteligência do portador é normal”, quando não há lesões nas áreas mentais.

Essa definição ajuda a compreender o potencial de ação do movimento, em especial neste estudo de caso. O rolfista Hubert Godard, especialista em Rolfing® Movimento, que vem da dança, atua com experiências somáticas e reabilitação, descreve sobre isso e usa esse potencial quando quer atingir o padrão deste movimento, que só pode mudar pela percepção de quem o faz. Assim, o movimento necessita de um objetivo para acontecer. Por isso mesmo, ele pode ser frágil. Porque, sobretudo, não depende de um único fator para acontecer. É um conjunto

de sentimentos, experiências e objetivos, além do metabolismo, da estrutura e dos sistemas que o levam a existir.

Essa fragilidade também é descrita por Piret e Béziers (1990, p. 13), quando se referem a estudos sobre gestos, de como cada um faz um movimento, que é uma criação, e levam a psicomotricidade. Ambas observam quando falam sobre coordenação motora, considerando problemas neurológicos, biomecânicos, psicobiológicos, os quais estudaram que:

Por à sua complexidade, o mecanismo de organização da motricidade é frágil. Por várias razões – mecânicas, neurológicas, metabólicas, psicológicas –, o homem pode perder essa organização de forma mais ou menos importante. Passa então, como veremos, ao subnormal, às vezes, ao anormal.

A natureza do movimento também é destacada por Shumway-Cook e Woollacott (2003, p. 2), que emerge da interação de três fatores: o indivíduo, a tarefa e o ambiente. A habilidade dessa pessoa em executar as demandas da tarefa, por meio de uma interação com o ambiente, determina sua capacidade funcional. Capacidade funcional é única para cada um, dentro de um contexto, que pode ser mudada.

O controle motor pode ser definido como a capacidade de regular os mecanismos essenciais para o movimento, resume Shumway-Cook e Woollacott (2003, p. 23). E acrescentam que o controle postural envolve tanto a capacidade de se recuperar da instabilidade, como a habilidade de antecipar e mover-se de formas que contribuam para evitar a instabilidade.

Observando a plasticidade neural, Gallahue e Ozmun (2002, p. 442), pesquisando descontroles motor do SNC, apontam que neurônios morrem, mas há evidências de que os neurônios vivos desenvolvem ramificações dendríticas compensatórias para ajudar a manter as conexões.

Gaiarsa (1972, p.9) ao apresentar a 7ª ed. brasileira de *Consciência pelo Movimento*, de Moshe Feldenkrais, nos faz refletir sobre as possibilidades de movimento de um corpo, que é uma pessoa.

No Ocidente o movimento humano sucumbiu ao poderoso tabu que pesa sobre o corpo humano, sobre a carne... Se o corpo não é bom, seu movimento não pode ser bom. E toda a psicologia ocidental evoluiu durante dois séculos quase sem falar nesta coisa simples: o personagem humano se move – e seu movimento é uma linguagem completa e complexa, a seu modo tão elaborada quanto a linguagem verbal, duas linguagens que não podem ser postas em confronto muito menos em competição.

Um portador de paralisia cerebral, como A.S., passa por vários traumas, em sua vida, que podem começar antes do parto. Que, somados às seqüelas, alteram o esquema corporal, interferindo na imagem corporal e no comportamento emocional desse indivíduo.

Piret e Béziers (1992, p.12) observam que certos casos neurológicos, embora fixados em hábitos motores anormais, captam com bastante facilidade a imagem do gesto normal. Outros casos mostram maior dificuldade ou por apresentarem lesões de centros ou vias de sensibilidade, ou distúrbios na concepção do gesto. O que vem a reforçar uma vez mais a importância da percepção do movimento. Em nosso estudo de caso, muitas vezes havia uma inibição do movimento, e mesmo após liberar os tecidos envolvidos, mexer a articulação do tornozelo em flexão e extensão, por exemplo, era difícil. Mas apenas pensar em fazer o movimento era fácil e possível. E após algum tempo, essa percepção era refletida no movimento biomecânico, o que liberava o tecido do tríceps sural, antigravitacional. Ao voltar à posição ereta, era perceptível a A.S. o apoio do pé no chão, dos artelhos, e a facilidade para caminhar, a maior segurança para subir e descer degraus.

Desde modo, como A.S., sujeito deste caso, se vê, na sua casa, no seu quarto, entre a sua família, na sociedade – escola, trabalho – também pode influenciar no seu movimento. A inibição de um movimento pode vir do fato de nunca ter tentado fazê-lo. Por medo, seu, ou de alguém de sua família, ou por se tachado de “incapaz”. Via de regra, essas pessoas são muito cuidadas, algumas até mimadas, pelo excesso de zelo, fazendo-as ser mais dependentes do que necessitam. E dependendo do tipo de seqüela são mais ou menos independentes.

Sabe-se que a Integração Estrutural–Rolfing® ao manipular o tecido conjuntivo, também chamado conectivo pode levar a uma organização do tônus, que

junto com o Rolfing® Movimento, e a reeducação deste, possibilita a melhora das funções do organismo. Também há comprovações de memória de traumas nestes tecidos, que estimulados pela IE-Rolfing® podem ter outros pulsos ou ritmos. Na 4ª sessão funcional, por exemplo, quando já havíamos liberados os tecidos dos adutores, linha média, na sessão anterior, começando a abrir o espaço visceral, essa possibilidade aconteceu. Ela falou muito de seu sentimento de rejeição e trabalhou-se muito com movimentos sutis e percepção. Pés apoiados na parede, pernas em 45º, imaginado pés atravessando a parede e pequenos movimentos pélvicos, rolamentos do sacro, escorregamentos dos ísquios para a parede, espaços nas virilhas (psoas). Sentiu diferenças na posição, sentada, mais presença da pele, e na posição ereta, pernas “pareciam querer correr”. Movimentos mais rápidos e funcionais ao caminhar.

“A hipertonicidade do músculo manifesta espasticidade e rigidez”, descreve Cook e Woollaccott (2003, p 124). Enquanto a “hipotonicidade, flacidez”. Para os autores a presença de anormalidades do tônus muscular, em pacientes com patologia do SNC, é bem conhecida. Mas as contribuições exatas da anormalidade do tônus muscular para os déficits funcionais ainda não muito.

Buscamos portadores de PC classificada como espástica, a mais comum, quando a lesão está localizada na área responsável pelo início dos movimentos voluntários, trato piramidal, o tônus muscular é aumentado, isto é, os músculos são tensos e os reflexos tendinosos são exacerbados. Daí a dificuldade de aberturas nas articulações da coxofemoral, do tornozelo, da escapuloumeral, do punho. Dificuldades nas linhas medial e lateral. Adução e abdução, torções, o alcance.

Baseados na amplitude do toque estrutural do método, sua titulação, e a possibilidade da Lógica Funcional da Receita (Caspari, 2004), o Rolfing Movimento preconizados por Ida Rolf, Vivian Jaye, Jane Harrington e aprimorado por Hubert Godard, baseado na função tônica, buscamos trabalhar na tonicidade desse tecido. Exatamente na rigidez, enquanto manipulação, e na educação do movimento pela percepção, imagem corporal.

O modelo da função tônica enfoca a resposta da gravidade no corpo humano como um princípio unificador para o que se tem chamado de movimento intrínseco[...]. Nós baseamos esta melhora na função em certos princípios

para os quais não existe um consenso, mas geralmente inclui o que se segue: mínima rigidez no corpo, eficiência nos movimentos e força adequada, locomoção sutil (isto é, quando é difícil perceber que os músculos estão fazendo no movimento), movimento funcional contralateral na marcha, uma livre e completa respiração. (FRANK, 2004, p.2).

Por esta pesquisa, constatou-se que a Integração Estrutural-Rolfing® pode contribuir, sim, para o movimento e na qualidade de vida de portadores de Paralisia Cerebral adulto funcional, com características espásticas, no sentido de melhorar o equilíbrio postural e a locomoção, interferindo na melhor distribuição do tônus, possibilitando uma nova percepção do movimento. Com isso, oportunizar mudanças de hábitos posturais e repadronizando movimentos preliminares, como andar, sentar, levantar, principalmente do chão, subir e descer escadas, e melhorando habilidades, como vestir-se, carregar objetos, ritmo e velocidade da marcha e segurança. E verificou-se como essa mudança de movimento e equilíbrio da linha, do eixo, interferiu no bem-estar e qualidade de vida de AS, melhorando sua depressão, aumentando sua auto-estima e capacidade de comunicação, de relação com os outros. Apresentou ainda modificação na voz e no olhar. Feldenkrais (1972, p.55/56) aponta que o padrão muscular da posição vertical, a expressão facial, a voz, refletem o trabalho do sistema nervoso. Mudanças externas vão aparecer quando se altera este sistema.

A espasticidade pode ser definida como o aumento, velocidade dependente, do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. Dentre os vários mecanismos fisiopatológicos, originados em vários pontos da via do reflexo do estiramento, envolvendo os motoneurônios alfa, gama, interneurônios da medula espinal e vias aferentes e eferentes, sobressai a teoria clássica do aumento do tônus, secundário à perda das influências inibitórias descendentes (via retículo-espinal), como resultado de lesões comprometendo o trato córtico-espinal. A perda da influência inibitória descendente resultará em aumento da excitabilidade dos neurônios fusimotoraes gama e dos moto-neurônios alfa.

Uma das propostas da IE –Rolfing é intervir nesta qualidade de tônus, nesta plasticidade do tecido conjuntivo, a fáscia, dotada de colágeno e elastina, nessa

viscolasticidade que ela tem e que permeia os tecidos, músculos, tendões, ligamentos aponeuroses, bursas. A função tônica, também, é estabilizadora do movimento. Para a postura, usa-se a musculatura intrínseca (tônica, local), e extrínseca (fásica, global), ativadas pela gravidade. Usa-se neurônimos alfa (comando voluntário) e gama (involuntário). É possível acionar a musculatura tônica pela percepção, pelos sentidos, pelo pré-movimento (APA). A musculatura tônica consome oxigênio, é estabilizadora do movimento. A musculatura fásica consome açúcar, atua em movimentos de curta duração e muito esforço.

A IE-Rolfing ao atingir aspectos fisiológicos do organismo, modifica hormônios, metabolismo, interfere nos sistemas simpático e parassimpático. Para o rolfista avançado Zorn (2006) não existe só estresse ruim. Ele denomina de “eustress” (estresse saudável) e “distress” (estresse nocivo). Fala também dos “hormônios do estresse”: a adrenalina e o cortisol. Explicando que quem fosse incapaz de produzir adrenalina não teria condições de enfrentar, lutar ou fugir de uma situação. E se alguém fosse incapaz de produzir cortisol, estaria correndo grave perigo de vida nas situações estressantes.

Teive *et al* (1998, p.2) destaca:

Os principais neurotransmissores envolvidos no mecanismo do tônus muscular são: ácido gamaminobutírico (Gaba) e glicina (inibitórios) e glutamato (excitatório), além da noradrenalina, serotonina e de neuromoduladores como a adenosina e vários neuropeptídeos.

Feldenkrais (1972, p.55) relata a importância tanto da precisão quanto da intensidade da coordenação mecânica, temporal e espacial em cada movimento ao observar atividade muscular. Relaxamento permanente dos músculos produz movimentos lentos e trêmulos. Tensão permanente produz ações de modo angular e espasmódicas. Ambos traduzem estados da mente e estão ligados ao motivo das ações. Acrescenta que em doentes mentais e pessoas nervosas, que possuem auto-imagem instável, é possível discernir distúrbios no tônus muscular, de acordo com a deficiência.

Essa harmonização do sistema simpático e parassimpático e o alcance da organização do tecido conjuntivo na fisiologia do organismo, no metabolismo,

aparecem descritos nos relatórios, quando A.S, fala de relaxamento, de sono, de leveza e expansão no corpo. Apresenta bocejos, olhos a lacrimejar, mudança na cor da pele, da expressão facial e da voz. Há uma interferência na tonicidade, na espasticidade do tecido. E esse resultado interfere em seu emocional.

A organização da percepção e coordenação do movimento envolve os músculos profundos, os estabilizadores do movimento, que evocam a inteligência corporal. Essa qualidade segundo Godard e Caspari depende do pré-movimento, que depende da percepção, da capacidade de projetar vetores imaginários no espaço, como duas direções, peso, distâncias. Isso permite fluir o movimento, atento à sua coordenação antes da forma, repetir a experiência para a coordenação ser capaz de ser mantida com mudanças de contexto, para que o aprendizado vivido possa ser mantido. Mas Caspari alerta que ensinar a se movimentar não é corrigir, consertar ou mudar o cliente, mas de ampliar a possibilidade de pessoa estar no mundo. Rolf destaca bem quando diz que o método busca a possibilidade para a graça do movimento do ser.

A estrutura física de uma pessoa e a sua habilidade de movimento são pontos importantes para a sua auto-imagem. Se há limitações motoras, a habilidade de movimento requer que se pense e se prepare para ação, mais apuradamente, já que essas pessoas não podem contar com suas próprias reações espontâneas, por conta de suas limitações, infere Feldenkrais (1972, p. 54). Por isso, ao se trabalhar com vetores imaginários, citados acima, com a possibilidade do movimento em pensamento, surtiu bom efeito neste estudo de caso, ao se estimular e organizar o sistema nervoso.

Melhorar a funcionalidade do movimento ou tentar fazê-lo, organizar como fazê-lo, melhora a auto-imagem. E ao interferir na auto-imagem, estamos atuando no metabolismo e fisiologia do organismo e na vitalidade do ser humano.

Feldenkrais (1972, p. 36/37) escreve que se o homem deseja melhorar sua auto-imagem, deve antes aprender a valorizar-se na sociedade, mesmo que seus defeitos lhe pareçam maiores que suas qualidades. Para ele, aqueles que são bem-sucedidos em olhar para si mesmos com humanidade, para conseguir auto-respeito alcançam “alturas” que a saúde normal não conseguiria. Mas os que se acham

inferiores, por conta de suas limitações, e as superam por pura força de vontade, tendem a se transformar em adultos difíceis e amargurados, a culpar os outros.

Ao se emergir num processo como a IE-Rolfing a pessoa se propõe a se autoconhecer. E essa descoberta pode levá-la a se ver e a encarar suas relações e o mundo de outra forma, sem esquecer todo o seu aprendizado. Somos energia e precisamos dessa força vital para pulsar. E acreditamos que foi essa imersão que levou A.S. a perceber os benefícios do seu processo.

## **CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO**

Por esta pesquisa, conclui-se que a Integração Estrutural-Rolfing® pode contribuir, sim, neste estudo de caso, para o movimento e na qualidade de vida de portadora de Paralisia Cerebral adulta funcional, com características espástica, no sentido de melhorar o equilíbrio postural e a locomoção, interferindo na melhor distribuição do tônus, possibilitando uma nova percepção do movimento. Com isso, oportunizar mudanças de hábitos posturais e repadronizando de movimentos preliminares, como andar, sentar, levantar, principalmente do chão, subir e descer escadas. Melhorar habilidades, como vestir-se, carregar objetos. Otimizar ritmo e velocidade da marcha, com segurança motora e emocional. E verificou-se, também, como essa mudança de movimento e equilíbrio da linha, do eixo, interferiu no bem-estar e qualidade de vida de AS, melhorando sua depressão, aumentando sua auto-estima e capacidade de comunicação, de relação com os outros. Apresentou ainda modificação significativa na voz, no olhar e na pele, atestando alteração no sistema nervoso.

Quatro meses depois do processo de 20 sessões, verificou-se que os ganhos alcançados com a estrutura, a linha, se mantiveram. Também se manteve a busca por mais independência, autovalorização.

A.S. descreve sobre o processo: “me devolveu auto-estima, melhor condicionamento físico, mais agilidade, flexibilidade e equilíbrio. Minha postura melhorou e eu voltei a encarar o espelho”.

Isso posto, se desperta a vontade de se pesquisar mais, este caso, novos casos. Como a IE-Rolfing poderia ser aplicada e avaliada em outras fases etárias e tipos dessa desorganização? Em crianças? Como poderíamos trabalhar numa equipe multidisciplinar? Abre-se um leque de possibilidades, bem-vindas, numa desordem ou “condição”, como denomina Sasaki (2008), com pouca literatura no que se refere a PC em adultos.

## REFERÊNCIAS

- BERTHERAT, T; BERNSTEIN, C. **O corpo tem suas razões** – Antiginástica e consciência de si, 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981, p. 120.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência**, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2ª Ed, Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf)> Acesso em 29 de ago. 2011, p. 14-16-17-18-51.
- BOBATH, K.; BOBATH, B. **O desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**, 2 ed. São Paulo: Manole, 1978.
- CALAIS-GERMAIN, B, **Anatomia para o Movimento** – Vol. 1 Introdução à Análise das Técnicas Corporais, 1 ed. São Paulo: Manole, 2002. p.4.
- CASPARI, M. **A lógica funcional da receita**, artigo, apostila, 2004, p.1-9.
- CINTRA, M. R. M., **O conceito da autotomia na prática da Integração Estrutural – Rolfing®**, Monografia de Conclusão de Curso de Pós-Graduação apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, São Paulo, 2011, p. 3.
- COLETTA, D. D.; C, R. A.; GORLA J. I.; CALEGARI, D. R. Avaliação psicomotora em pessoas portadoras de paralisia cerebral da APAE de Toledo/PR, **Revista Digital - Buenos Aires, ano 10, n 85, jun., 2005**  
Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd85/apae.htm>>. Acesso em 28 de jul. 2011.
- FAMILIAR DA MEDICINA E SAÚDE, Barsa, Brasil, 1966, p. 145-559-560.
- FELDENKRAIS, M. **Consciência pelo movimento**. Exercícios fáceis de fazer, para melhorar a postura, visão, imaginação e percepção de si mesmo. 7 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1972, p. 9-36-37-53-54-55-56.
- FEITIS, R. **Ida Rolf fala sobre Rolfing e realidade física**. 2 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1986, p. 19-23-24-26-27-28-31-34-50-97.
- FONSECA, V. da. **Contributo para o estudo da gênese da psico-motricidade**. 2 ed. Lisboa, Portugal: Editorial Notícias, EPNC, 1977, p.16.
- FRANK, K. **Função tônica**, parte 1, parte 2, artigo, Rolfing® Brasil, 2009, p.2.
- GALLAHUE, D. L.; OZMUN J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor**. Bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3 ed. São Paulo: Phorte, 2005, p. 442.
- GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, p. 484
- JERÔNIMO, J. P. **Esporte como elemento facilitador da inclusão de pessoas com paralisia cerebral severa**: contribuições para a formação de professores de

Educação Física, Uberaba – MG, 2006. Disponível em: <<http://www.uniube.br/infoisis/base/teses/BU000106396.pdf>> Acesso em jul. 2011

KELEMAN, S. **Anatomia emocional**. 3 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1992, p. 16.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. do. **Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos**. Neurociência, artigo de revisão, doi:10.4181/RNC.2004.12.41. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2001/Pages%20fom%20RN%2012%2001-7.pdf>>. Acesso jul. 2011.

MATTOLI, P. **Rolfing® - Unidade 2, Módulo 1**. São Paulo: ABR, 2006, p-21-28.

MYERS, T. W. **Trilhos Anatômicos**. Meridianos miofasciais para terapeutas manuais e do movimento. 1 ed. São Paulo: Manole, 2003, p.1-89.

MOTTA, R. C. **Avaliação da imagem corporal durante o processo do Rolfing®**, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Departamento de Estudos da Atividade Física Adaptada, São Paulo, 2003, p. 4-50-63.  
Disponível em <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000300851>  
Acesso em jun 2011.

NEWTON, A. **Estabilização e coordenação do Core** (apostila de aula). Tradução Helena Ciampolini), 2005.

PACHECO, B. **A Inclusão de Exercícios Funcionais na Sétima Hora**, Rolfing® Brasil, São Paulo, Ago. 2009, v. 9, Issue #: 29, p.3-8.

PIRET, S.; BÉZIERS, M. M. **A coordenação motora** – Aspecto mecânico da organização psicomotora do homem. 3 ed. São Paulo: Sumuus Editorial, 1992, p.9-12-13-23.

PRADO, P. O. B. **Estudo Exploratório da Dimensão Psicobiológica do Método Rolfing de Integração Estrutural: criação, desenvolvimento e avaliação de questionários**, 2006, p. 24-29-41-47. São Paulo. Tese de doutorado – Psicologia Clínica, PUC.

Rede Sarah: Disponível em <[http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p\\_01\\_paralisia\\_cerebral.htm](http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_01_paralisia_cerebral.htm)> Acesso em 20 de ago. 2011

ROLF, I. P. **Rolfing - A Integração das Estruturas Humanas**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990, p. 23-211-213-267.

SAFRA, G. **A face estética do self** – teoria e clínica. 4. Ed. São Paulo: Idéias e Letras, 2005, p. 149.

SASSAKI, R. K. **Terminologia sobre deficiência na era da inclusão**. Revista Nacional de Reabilitação – Reação, 2008, p.3.

Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=20936>>  
Acesso em 27 de jul. de 2011

SCHLEIP, R; LUCHAL, T; SCHEWE, J. **Contra-indicações para trabalho de manipulação profunda**. Rolfing® Brasil, ABR, nov. 2000.

Disponível em < <http://www.somatics.de/ContraindBrazil.htm>> Acesso em 30 de jul. 2011.

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT M. J. **Controle Motor** – Teoria e aplicações práticas. 2 Ed. São Paulo: Manole, 2003, p.2-23-83-124-157.

SOMMER, K. M. **Advanced Biomechanical Rehabilitation**.

A considerable beneficial treatment method for children with Cerebral Palsy? And deep tissue manipulative bodywork in comparison to classic rehabilitation in Cerebral Palsy. Tese International Physiotherapy program. Hanzehogeschool Groningen

Groningen, Netherlands, fevereiro, 2010. Acesso: 19 de jun, 2011. Disponível em: < [http://abr-denmark.com/fileadmin/templates/media/pdf/ABR\\_Thesis\\_2010.pdf](http://abr-denmark.com/fileadmin/templates/media/pdf/ABR_Thesis_2010.pdf)>

SOUZA, A. M.C; FERRARETO, I. Paralisia Cerebral, aspectos práticos. ed. São Paulo, Memmon, 2001.

TEIVE, H.A.G.; ZONTA M.; KUMAGAI Y. Tratamento da Espasticidade – Uma atualização. **Arq. Neuro-Psiquiatria**. vol.56, n.4, São Paulo, dec. 1998, p.1-2.

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1998000500025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000500025)> Acesso em 20 de jul 2011.

ZORN, A. **O Estresse – Rolfing® (SNA, Estresse, Equilíbrio e Rolfing®)**, tradução do original em alemão: Gerti Rohonyi, revisão e adaptação: Mônica Caspari, Texto de pesquisa do paper, ABR, 2007, aula, 2006.

**ANEXOS****ANEXO A - Entrevista inicial****Entrevista Inicial - NAPER**

Data: \_\_\_\_\_ Rolfista: \_\_\_\_\_

**PARTE I**

PODE SER PREENCHIDO PELO CLIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ ap \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade/estado: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ cel: \_\_\_\_\_ tel com: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

1 - Sexo (01) masculino (02) feminino

2 - Data de nascimento: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

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

5 - Tem filhos? (01) sim (02) não

6 - (Se sim) quantos? \_\_\_\_\_

7 - Formação escolar:

(01) analfabeto (02) pré-escola (03) 1º grau incompleto

(04) 1º grau completo (05) 2º grau incompleto (06) 2º 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

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**PARTE II**

**PARA SER PREENCHIDO PELO ROLFISTA**

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

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

---



---



---



---

**ATENÇÃO – Rolfista,, não perguntar, e sim assinalar, de acordo com sua interpretação da resposta do cliente.**

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

(09) Retorno

(10) Outros \_\_\_\_\_(especifique)

20 - Como você se sente em relação ao seu corpo?

---



---



---

20 – Entre, ótimo, bom, regular, ruim e péssimo, como você classificaria sua relação com seu corpo?

( 1 ) ótimo

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

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.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

(queda, fraturas, cortes, imobilizações? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

30 A - Alguma consequência física ou emocional? \_\_\_\_\_

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

32- De quê? \_\_\_\_\_

33 - Quando? \_\_\_\_\_

31 A - Como foi esta experiência do ponto de vista físico e emocional? \_\_\_\_\_

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

35 - De que tipo? \_\_\_\_\_

36 - Quando? \_\_\_\_\_

34 A - O que o levou a fazê-la? \_\_\_\_\_

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- Que tipo(s)? \_\_\_\_\_ (01) Alopático (02) Homeopático/Alternativo

(03) Alopático+homeopático/Alternativo

41- Para quê? \_\_\_\_\_

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

Qual/Quais ?

---

---

---

---

---

*E como você é afetado por elas ? Física, ou emocionalmente?*

43 A – Agora vou ler uma lista de doenças e gostaria que me dissesse se você as tem ou teve:

artrite, artrose, câncer, leucemia, osteomielite, osteoporose, lupus, diabete, epilepsia, questões cardíacas, pressão alta, herpes, inflamações, infecções, doenças infecciosas na pele, varicose, cicatrizes recentes, flebite, trombooses, hemofilia.

45 - Do ponto de vista emocional, como você se sente?

---

---

45 A – Você percebe alguma relação entre seu estado emocional e seu corpo ?

---

---

---

45 B – Entre ótimo, bom, regular, ruim e péssimo, como você classificaria seu estado emocional ? ( 1 ) ótimo

( 2 ) bem

( 3 ) regular

( 4 ) ruim

( 5 ) péssimo

45 C - Você teve ou tem:

(29) ansiedade (30) stresse ( 31 ) depressão (28) insônia (32) síndrome do pânico

(33) dependência química – álcool, drogas, remédios

outros: especificar \_\_\_\_\_

46 - Atualmente, você está fazendo Psicoterapia? (01) Sim (02) Não

48 - Você já fez psicoterapia? (01) Sim (02) Não

50 - Você usa medicamento psicotrópico? (01) Sim (02) Não

(ansiolíticos, antidepressivos, remédios para dormir, neuroléptico, anticonvulsivante)?

Para que? \_\_\_\_\_

57- E quanto a sua sexualidade, você gostaria de comentar alguma coisa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

58 - Faz alguma atividade física? (01) Sim (02) Não

59 - Qual (is)? \_\_\_\_\_

60 - Com que regularidade? \_\_\_\_\_

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**

**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 ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

3A – De uma forma geral, como você avalia seu processo de rolfng? Que mudanças você percebe?): \_\_\_\_\_

3- Entre ótimo, bom, regular, ruim e péssimo, como você avalia seu processo ?

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

4 - Você acha que o Rolfing® ajudou você em outros aspectos de sua vida e de sua pessoa além dos objetivos que você tinha ? Por favor, comente.

---

---

---

5 - Como você se sentia emocionalmente antes do processo de Rolfing?

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

Como você se sente emocionalmente agora?

( 1 ) ótimo

( 2 ) bem

( 3 ) regular

( 4 ) mal

( 5 ) péssimo

5A – 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 Rolwing? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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 Rolfing? \_\_\_\_\_

Qual era a periodicidade desta dor antes do processo de Rolfing? \_\_\_\_\_

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

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

Qual era a intensidade desta dor, antes do processo de Rolfing?

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 Rolfing? \_\_\_\_\_

Qual era a periodicidade desta dor antes do processo de Rolfing? \_\_\_\_\_

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

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

Qual era a intensidade desta dor, antes do processo de Rolfing?

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

10 - Você tem algum comentário a fazer com relação a suas dores e desconfortos? \_\_\_\_\_

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

11- Como foi trabalhar com seu Rolfista? ( 1 ) ótimo

- ( 2 ) bom
- ( 3 ) regular
- ( 4 ) ruim
- ( 5 ) péssimo

11 A - Comentários \_\_\_\_\_

---

---

- 12 - Como foi ser atendido no NAPER?
- ( 1 ) ótimo
  - ( 2 ) bom
  - ( 3 ) regular
  - ( 4 ) ruim
  - ( 5 ) péssimo

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

---

---

- 13 - Como foi ser atendido numa situação grupal?
- ( 1 ) ótimo
  - ( 2 ) bom
  - ( 3 ) regular
  - ( 4 ) ruim
  - ( 5 ) péssimo

13 A - Comentários \_\_\_\_\_

---

---

---

14 - Como você falaria do Rolfing® para outra pessoa? \_\_\_\_\_

---

---

---

15 - Algum outro comentário que gostaria de fazer ? \_\_\_\_\_

---

---

---



**ANEXO C - Relatório do Rolfista****Relatório do Rolfista - NAPER**

Nome do cliente: \_\_\_\_\_

do Início: h \_\_\_\_\_ Data do Término: \_\_\_\_\_

Nome do rolfista: \_\_\_\_\_

*AO PREENCHER ESTES DADOS, LEMBRE-SE DE QUE ELES. SÃO ESSENCIAIS PARA O RETORNO DO CLIENTE, CASO ELE VENHA A SER ATENDIDO POR OUTRO COLEGA, PARA NOSSA ORGANIZACAO INTERNA E PARA A REALIZACAO DE PESQUISAS.*

---

1ª vez ( )      retorno ( )

Número total de sessões:                      (      )

**Completo o processo?** sim ( )      não ( )

Caso não, em que sessão do protocolo interrompeu? \_

(Ter como referência a receita. Em que sessão da receita interrompeu o processo?)

Comentários:**Razões do cliente para a desistência:**

Não percebeu melhoras ( )      problemas financeiros ( )      problemas de saúde ( )

resistência ao processo ( )      problemas emocionais ( )      problema com rolfista ( )

problemas de contrato com Naper ( )

Outras ( ) especificar: \_\_\_\_\_

Comente:

---



---



---

**Visão/interpretações do rolfista sobre a desistência:**

Não percebeu melhoras ( ) problemas financeiros ( ) problemas de saúde ( )

resistência ao processo ( ) problemas emocionais ( ) problema com rolfista ( )

problemas de contrato com Naper ( )

Outras ( ) especificar: \_\_\_\_\_

Comente:

---



---



---

*1 A – Objetivos do cliente: (obter informação na pergunta 19 da entrevista inicial; se houve acréscimo ou mudanças nestes objetivos, utilize as categorias padrão na sua linguagem).*

---



---



---

**1 - Classificação dos Objetivos do Cliente:**

Físicas: (01) Estruturais

(02) Funcionais

Psicobiológicas: (03) Emocional

(04) Cultural (visão de mundo)

(05) Espiritual

(06) Energética

(07) Interesse pela técnica (09) Retorno

Outros motivos: \_\_\_\_\_ especifique

2.1 - Instrumentos de leitura (*Assinale os principais instrumentos de leitura utilizados*) \_\_\_\_\_

---

---

2.2. – Análise: *O que você observa no seu cliente. (Em função dos instrumentos de leitura selecionados qual é sua análise? Refira-se aos instrumentos de leitura assinalados na sua análise).*

---

---

---

3 - Objetivos de trabalho - *Em função dos objetivos do cliente e de sua leitura, qual foi sua proposta de trabalho resultante?*

---

---

---

Principais dimensões focadas no trabalho:

- Físico
- Estrutural

- Funcional
- Psicobiológico
  - Emocional
  - Cultural
  - Espiritual
  - Energético

4 - Estratégias e Técnicas Utilizadas - *Mencionar apenas as mais significativas que caracterizaram este processo.*

Receita clássica            Manipulação

Receita funciona           Movimento

Trabalho não formulístico Estrutural/Manipulação

   Funcional/Movimento

   Integrado

Educação pelo Movimento

Toques                      Direto

   Indireto

   Titulado

Trabalho com crenças e significados

Trabalho com atitudes

Especificar aspectos relevantes que mereçam atenção especial: \_\_\_\_\_

---



---

5 - Resultados:

Os objetivos foram atingidos? Sim ( )            Não ( )            Parcialmente ( )

5 B - *Quais as principais mudanças que você pode observar?(no nível físico, psicobiológico, funcional e energético)*

---



---



---





Planos sagital	- horizontal - coronal
Robert Schleip	- flexor - extensor
Hans Flury	- interno - externo - interno - joelhos enrijecidos - regular externo
Jan Sultan	- interno - externo - principais Incongruências intersegmentares
Pelve- <i>tilt</i>	- anteversao - retroversao
<i>shift</i>	- deslocamento anterior - deslocamento posterior
5 elementos estruturais	- cintura pélvica - cintura escapular - espaço visceral - camadas superficiais - complexo axial
Trilhos Anatômicos – Tom .....	?

**Funcional:**

Preferências respiratórias		<ul style="list-style-type: none"> <li>- inspiração</li> <li>- expiração</li> <li>- pausa</li> <li>- respiração paradoxal</li> </ul>
Análise da caminhada	Início do Movimento	<p>G</p> <p>G'</p> <p>Ritmo: - rápido</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lento</li> <li>- normal</li> </ul> <p>Coordenação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- articular</li> <li>- membros</li> <li>- 5 lordoses</li> <li>- principais cadeias musculares</li> <li>- contralateralidade</li> </ul>
Percepção	Visual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- focal</li> <li>- periférica</li> </ul>
	Auditiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interna</li> <li>- externa</li> </ul>
Tátil-Sensorial		<ul style="list-style-type: none"> <li>- interno</li> <li>- externo</li> <li>- sinestésica</li> </ul>
Amplitude articular		- artelhos





DATA:

SESSÃO:

Feedback do cliente:

O que você vê:

Objetivo da sessão/estratégia:

Observações finais

---

## ANEXO D – WHOQOL

---

### ***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 referencia **as duas ultimas semanas**. Por exemplo, pensando nas ultimas 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 ultimas 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 e 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- Quanto 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- Quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9- Quanto 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 ultimas 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 freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26- Com que freqüência 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

### ANEXO E - Entrevista livre com a cliente

<b>Para o sujeito da pesquisa depois do processo</b>
Dos itens relacionados abaixo, em quais percebeu melhoras. Enumere em ordem de importância, de 0 a 10
Movimento
Caminhada
Liberdade
Segurança
Apoio
Conhecer o corpo
Driblar dor e desconforto
Poder fazer exercícios em casa
Poder fazer mais parte de um grupo
Relacionamento com marido
Com filho
Com família
Com amigos
Com o neto
O que ficou, permaneceu, do trabalho, mesmo não fazendo exercícios em casa e manutenção no consultório?
Gostou mais de receber toques ou fazer movimentos? O que significou um ou outro? Doeu? Quando?
Sente dores iguais de antes de passar pelo processo de Rolfing®, menos ou mais?
Escreva o que quiser.
Fale como foi passar pelo processo para o seu corpo, sua mente, seu emocional e seu espírito...

### ANEXO F - Entrevista livre com parentes

<b>Perguntas para a irmã, mais velha, acompanhante mais assídua</b>
1. Quantos anos tinha quando a Ana nasceu?
2. Em quantos irmãos são e idades?
3. Como foi o parto dela? Lembra?

4. Como ela era? Mamou? Chorava? Se movimentava, como?
5. Ela tinha quanto anos quando foi diagnosticada a Paralisia Cerebral? Sabe o tipo em que foi classificada?
6. Como receberam? Lembra?
7. Lembra em que hospital foi?
8. E daí o que aconteceu?
9. Cirurgias: corte nos adutores, virilha, lembra do nome Tenotomia? Quando foi?
10. A da Tireóide foi total? Quando?
11. E a Tenotomia do calcâneo? Alongamento Quando?
12. Túnel de Carpo? Cirurgia?
13. Hérnia e Hiato, ano passado?
<b>Para depois do término do processo</b>
14. O que mais marcou no processo? Escreva o que lembrar, enumerando ordem de importância ... de 0 a 10
Movimento
Caminhada
Independência
Teimosia
Depressão
Ansiedade
Outros
15. O que acha que permaneceu (dos itens listados acima)?
16. O que representou o processo de IE-Rolfing® para ela e para a sua família ...

**ANEXO G** - Entrevista livre com amigos, colegas, professores de movimento

<b>Entrevista livre com amigos, parentes, professores de movimento e coordenadores de núcleo de atividade de 3ª idade</b>

1. Há quanto tempo conhece ela?	
2. Como recebeu e percebeu o movimento dela?	
3. Percebeu alguma diferença no movimento nesse tempo?	
4. Percebeu alguma diferença no comportamento/emocional nesse tempo?	
5. Quando soube que ela estava passando por um processo de Integração Estrutural-Rolfing® começou a mudar o seu olhar sobre ela?	
6. Percebeu alguma outra diferença em suas atitudes ou fisicamente	
Percebeu diferenças em antes e depois, descreva com alguma palavra E dê notas de 5 a 10 (5-ruim) (6-satisfatório) (7-melhor) (8-muito melhor) (9- bom) (10-ótimo)	
Antes	Depois
Caminhada	Caminhada
Equilíbrio	Equilíbrio
Deitar no chão	Deitar no chão
Levantar do chão	Levantar do chão
Sentar no chão	Sentar no chão
Sentar na cadeira	Sentar na cadeira
Movimento na aula	Movimento na aula
Subir escada	Subir escada
Descer escada	Descer escada
Olhar	Olhar
Voz	Voz
Auto-imagem	Auto-imagem
Emocional	Emocional
Relacionamento/colegas	Relacionamento/colegas
Outros que notou	Outros que notou
Liste:	Liste:

#### ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

##### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O trabalho CONTRIBUIÇÃO DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL-ROLFING® PARA O EQUILÍBRIO POSTURAL, A LOCOMOÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE ADULTO PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL está sendo realizado com a finalidade de

conclusão de curso de CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL-ROLFING® no ano de 2011, no Centro Universitário Ítalo Brasileiro, localizada na Avenida João Dias nº 2046, Santo Amaro, 04724-003, São Paulo, SP e tem como objetivo investigar como a Integração Estrutural-Rolfing® pode contribuir para portador de Paralisia Cerebral adulto funcional, no sentido de melhorar o equilíbrio postural e a locomoção, distribuir tónus, possibilitando uma nova percepção do movimento. Com isso, oportunizar mudanças de hábitos posturais, repadronizando movimentos preliminares e melhorando habilidades. Espera-se, ainda, que toques e movimentos interfiram no pré-movimento do sujeito da pesquisa, e que haja um significado em conhecer ou reconhecer partes do corpo na estática e no movimento, modificando ou alterando o seu movimento padrão, permitindo-lhe executar um novo movimento, ou um conhecido de uma nova forma, e quanto essas sensações e percepções possam permanecer. Quanto essa modificação pode interferir nas suas atividades diárias, nos seus relacionamentos e no seu emocional, em especial em suas atitudes, aumentando a sua vitalidade. Para que essa pesquisa seja desenvolvida, será realizado um estudo de caso, cuja pessoa receberá 20 sessões entre estruturais, de liberação miofascial, objetivando trabalhar nas lesões e de Rolfing® Movimento, atuando na inibição do movimento, duas vezes por semana, seguindo os princípios do método Rolfing®. As sessões poderão ser só estruturais ou funcionais ou juntas. Recorrer-se-á a técnicas de Rolfing® Movimento que exploram a função tônica. As funções vegetativas da boca, também serão exercitadas (sistema estomatognático). Serão usados os questionários de entrevistas padrão do Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing® (Naper), O questionário WHOQOL, abreviado, versão em português. Entrevistas livres com o sujeito da pesquisa e familiares. E relatos de visitas ao local de suas atividades rotineiras como casa e atividades físicas e sociais, com depoimentos de parentes, amigos e professores de movimento. Também serão analisados fotos e vídeos, de antes e depois de algumas sessões, em especial, antes da 1ª, entre a 4ª e 5ª (linha medial), e **também entre a 6ª e 7ª (linha posterior e cabeça)**. As sessões ocorrerão entre julho de 2011 e dezembro de 2011. Os possíveis desconfortos, dores ocasionais durante as manobras de liberação miofascial, serão minimizados ou contidos, com toques leves e titulados, recorrendo-se ao Rolfing® Movimento, também. Não há riscos. Esse trabalho visa a levar o indivíduo deste estudo de caso a obter ganhos no equilíbrio postural e na locomoção. Resultando num maior equilíbrio postural, capaz de influenciar na marcha, gerar autoconfiança para deslocamentos físicos, com mais independência e segurança, com mais funcionalidade para os movimentos preliminares ou fundamentais, aumentando amplitudes articulares e possibilitado a experimentação de outros movimentos, buscando outras habilidades. Inferindo ainda sobre o emocional, melhorando a ansiedade e a depressão, por poder se sentir capaz.

Ao participar da pesquisa você terá direito ao acesso, em qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, bem como os resultados observados. Caso você sinta algum desconforto em continuar participando, você terá total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas em absoluto sigilo, confidencialidade e privacidade e serão destinadas única e exclusivamente para fins de pesquisa científica. Caso seja necessária a assistência médica por eventuais danos à sua saúde, desde que esses danos estejam relacionados com aspectos da pesquisa proposta, a Associação Brasileira de Rolfing® (ABR) prestará atendimento. Caso haja necessidade, entrar em contato com o pesquisador responsável

**Orientador: Pedro Otávio Barreto Prado – 11 3862-9171// 11 5574-5827**

**Orientanda: Rosângela Maria Baía – 11 9412-1492**

Eu, A. P. S., residente à Rua....., São Paulo, SP, declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos e intenções desse estudo, sobre as técnicas (procedimentos) a qual estarei sendo submetido, sobre os riscos e desconfortos que poderão ocorrer. Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que tenho direito a tratamento hospitalar (ou outro) se necessário e que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente desse estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício (caso o sujeito da pesquisa esteja matriculado na Instituição onde a pesquisa está sendo realizada).

São Paulo, 29 de julho de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável

**ANEXO J – Laudos médicos**

## Relatório Médico

A Sra. \_\_\_\_\_, - anos,  
 apresenta Paralisia cerebral com  
 apraxia espástica e um movimento  
 de sac. túnel tipo D/E. Iniciou  
 acompanhamento neuro reabilitação em  
 05/2011 e aguardando avaliação para  
 bloqueio neuro muscular de mmII e  
 está passando fisioterapia com objetivo  
 de testar / avaliar auxiliar de marcha  
 p/ longas distâncias.

CID: G80.1

SP 19/09/2011

A disposição

Dr. Waldemar Augusto Sabatini  
 Físico  
 CRM 101.541

Platôna me'de co'vite do panta  
 pa' Agua Santa de'm

Para li'ra' Anel' Di'panta ce Espista  
 Marche panta ce vi' de pou dente,  
 Para fure' monum'

Matri'cula de' v'ite Servi'ço em me  
 de 2011. In'com'ula de' pa' Fri'co  
 n'p'isando' mancha, auxi' li'ca  
 mancha, alon'fante

Lecticia Soares Hungria  
 S. Paulo 03 outubro 20

CID-10/680

Lecticia Soares Hungria  
 Fisiatra  
 CREMESP 16.366



**MAXIMAGEM**  
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

Paciente		C.P.D.	149493
Dr(a).	GILBERTO MARIANO AZZI	31/07/2006	Pág. 1/1

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR**

**Técnica de exame:**

Foram realizadas as sequências sagital T1, sagital T2 e axial T2.

**Descrição:**

- 1- Corpos vertebrais alinhados com altura e morfologia normais notando-se reações osteofitárias em suas margens ântero-laterais.
- 2- Discreta artrose interfacetária caracterizada por redução do espaço articular e pequenos osteófitos, principalmente no nível L5-S1.
- 3- Desidratação dos discos intervertebrais L2-L3 e L3-L4 com discreta redução da altura dos mesmos e abaulamento difuso que tocam a face contígua do saco dural.
- 4- Demais discos intervertebrais anatômicos.
- 5- Amplitude normal dos forames de conjugação.
- 6- O cone medular encontra-se no nível do corpo vertebral L1 e é de aspecto anatômico.
- 7- Distribuição habitual das raízes da cauda equina.
- 8- Musculatura paravertebral posterior íntegra.

Exame documentado em 2 filmes



DRA. MIRIAM VERA CHIURCIU  
CRM: 90631

**UNIDADE REBOUÇAS**  
Av. Rebouças, 3.311  
05401-400 - São Paulo - SP  
Tel. (PABX): (11) 3083-5422  
Fax: (11) 3082-5615

**UNIDADE PAULISTA**  
Al. Joaquim Eugênio de Lima, 238p  
01403-000 - São Paulo - SP  
Tel. (PABX): (11) 5253-6722  
Fax: (11) 288 2066

**UNIDADE TATUAPÉ**  
R. Cel. Luis Américo, 129  
03308-020 - São Paulo - SP  
Tel. (PABX): (11) 6195-9535

**UNIDADE SANTO AMARO**  
Av. Santo Amaro, 5662  
04701-200 - São Paulo - SP  
Tel. (PABX): (11) 5181-0666

**UNIDADE SANTO ANDRÉ**  
R. Cel. Fernando Prestes, 1177  
09020-110 - São André - SP  
Tel. (PABX): (11) 4993-9890  
Fax: (11) 4993-9896

<b>SP</b>		<b>HOSPITAL SÃO PAULO</b>	
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Pedido.....: 0003288297	Data Pedido...: 26/07/2010		
Unidade...: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
Exame.....: CT CRÂNIO			
RHHSP.....: 0010278743	Cód. Paciente : 0002714598	Sexo : FEMININO	Leito :
Paciente...: A1 A1 .. S. -		Idade: 1 a 1 m 27 d	
C. Custo Requiritante:			
Médico Requiritante...: DR			

**CT CRÂNIO****TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO****TÉCNICA:**

Realizados aquisição volumétrica em equipamento com multidetectores com reconstruções axiais das imagens sem a injeção endovenosa do meio de contraste.

**ANÁLISE**

Sulcos e cisternas encefálicas normais.  
 Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
 Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.  
 Não há calcificações patológicas.  
 Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.  
 Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

123645 - CAROLINA SASAKI VERGILIO

142976 - DANILO MANUEL CERQUEIRA COSTA

Técnicos que realizaram o exame:1-13993 BENEDITO HERBERT DE SOUZA

Digitado por: 7358977-KARINA SAYEGH

Emitido em: 11/08/2010 10:06:14

Desenvolvido por DSI - Divisão de Sistemas de Informação

Pág. 01

**Quadro 1 - Resultados - Entrevista livre com amigos, colegas, professores de movimento**

<b>Entrevista livre com amigos, parentes, professores de movimento e coordenadores de núcleo de atividade de 3ª idade (10 pessoas) de A.S.</b>	
1. Há quanto tempo conhece A.S.? <b>Em média há 4 anos.</b>	
2. Como recebeu e percebeu o movimento dela? <b>Para 100%: Dificuldade para caminhar, precisava de ajuda.</b>	
3. Percebeu alguma diferença no movimento nesse tempo? <b>Para 100%: melhora no equilíbrio.</b>	
4. Percebeu alguma diferença no comportamento/emocional nesse tempo? <b>100% sim</b> <b>30% não souberam definir</b> <b>10% mais participativa</b> <b>10% melhora na auto-estima</b> <b>20% mais animada/contente</b> <b>20% mais ativa</b> <b>20% mais comunicativa</b> <b>10% mais calma</b> <b>10% mais disposta</b>	
5. Quando soube que ela estava passando por um processo de Integração Estrutural-Rolfing® começou a mudar o seu olhar sobre ela? <b>70% sim, mudanças no movimento e postura</b> <b>30% não souberam responder</b>	
6. Percebeu alguma outra diferença em suas atitudes ou fisicamente? <b>90% maior equilíbrio</b> <b>30% melhor coordenação motora</b> <b>20% auto-estima</b> <b>10% mais simpática e positiva</b> <b>10% alguma melhora</b>	
7. Percebeu diferenças em antes e depois, descreva com alguma palavra e dê notas de 5 a 10 (5-ruim) (6-satisfatório) (7-melhor) (8-muito melhor) (9- bom) (10-ótimo)	
Antes	Depois
Caminhada	Caminhada
Equilíbrio	Equilíbrio
Deitar no chão	Deitar no chão
Levantar do chão	Levantar do chão
Sentar no chão	Sentar no chão
Sentar na cadeira	Sentar na cadeira
Movimento na aula	Movimento na aula
Subir escada	Subir escada
Descer escada	Descer escada
Olhar	Olhar
Voz	Voz

Auto-imagem	Auto-imagem
Emocional	Emocional
Relacionamento/colegas	Relacionamento/colegas
Outros que notou	Outros que notou
Liste:	Liste:

## Quadro 2 - Tabulação - Entrevista livre com amigos, colegas, professores de movimento

ANTES 5(ruim) 6(satisfatório) 7(bom) 8 (melhor) 9 (bem melhor) 10 (ótimo)

DEPOIS 5(ruim) 6(satisfatório) 7(bom) 8 (melhor) 9 (bem melhor) 10 (ótimo)

- (1) Caminhada
- (2) Equilíbrio
- (3) Deitar no chão
- (4) Levantar do chão
- (5) Sentar no chão
- (6) Sentar na cadeira
- (7) Movimento na aula
- (8) Subir escada
- (9) Descer escada
- (10) Olhar
- (11) Voz
- (12) Auto-imagem
- (13) Emocional
- (14) Relacionamento/colegas
- (15) Outros

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	TOTAL
<b>ANTES</b>																10
ruim	5	5	3	5	4	3	5	4	4	1	2	5	5	4		
satisfatório	4	4	5	3	5	3	3	3	5	7	5	5	5	3		
bom	1	1	1	1		4	2	2						3		
melhor																
Bem melhor																
ótimo																
n/sabe			1	1	1			1	1	2	3					
TOTAL	10															
<b>DEPOIS</b>																10
ruim	2															
satisfatório																
bom	3	2	2	4	3	4	3	2	1	1	1	2	1	2		
melhor	2	4	4	3	4	2	2	3	3	1	1	4	3	2		
Bem melhor	2	2				3	3	2	2	3	4	2	2	1		
ótimo	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	3	5		
n/sabe			2	2	2			2	2	2	2					
TOTAL	10															

Outros:

Autoconfiança – antes 6; depois 9

Comunicativa – antes 6; depois 9

Disposta – antes 6; depois 8

Alegre – antes 7; depois 9