

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

RÚBIA SAYURI TAKASHIMA

**OS BENEFÍCIOS DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL
ROLFING® EM ADULTOS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NA
INFÂNCIA**

São Paulo

2012

RÚBIA SAYURI TAKASHIMA

**OS BENEFÍCIOS DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL
ROLFING® EM ADULTOS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NA
INFÂNCIA**

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

RÚBIA SAYURI TAKASHIMA

**OS BENEFÍCIOS DA INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL
ROLFING® EM ADULTOS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL NA
INFÂNCIA**

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.

Nota: _____

Data da Aprovação: ____ / ____ / _____

Prof. Dr. Pedro Otávio Barretto Prado

Assinatura: _____

A Deus, por fazer a minha
vida ter sentido e propósito, de
mesmo em situações tristes
transformá-las em alegria.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Pedro Otávio Barreto Prado e à Profa. Emília Satoshi Miyamaru Seo, agradeço pela orientação ímpar ao meu trabalho de Conclusão de Curso e incentivo à pesquisa e pelo apoio sempre constantes e dedico minha admiração e meu respeito.

Às minhas amigas Eleni Bispo e Diane Kudo, as quais com suas experiências em aconselhamento a vítimas de abusos sexuais compartilharam momentos difíceis em minha vida pessoal e profissional e foram usadas por Deus para minha maturidade emocional e espiritual.

À minha família, meu querido marido Flávio e aos meus pais por me apoiarem nos momentos de cansaço e desânimo.

Ao meu sujeito de pesquisa, pela confiança em ter me permitido participar em seu processo de Integração Estrutural Rolfing®.

Aos meus colegas de classe, em particular à Adriana Toyoko Higa e a seu noivo Ricardo Ogata, pelo apoio constante nas altas horas e nos momentos mais difíceis para continuar este trabalho.

À amiga Cintia Lie Uezono, por me ajudar na área da informática, pois esta é um terror para mim.

Aos amigos, funcionários e professores da Associação Brasileira de Rolfing® e ao Centro Universitário, minha perene gratidão pelo apoio constante.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma maneira, contribuíram para que eu pudesse concluir meu curso.

“e conhecereis a verdade vos libertará,
e a verdade vos libertará”. (João 8:32)

“Os que com lágrimas semeiam, com
júbilo ceifarão. Quem sai andando e
chorando, enquanto semeia, voltará com
júbilo, trazendo os seus feixes”.
(Salmo 126:5-6).

RESUMO

O abuso sexual de crianças é cada vez mais reconhecido como um problema social importante, estudos recentes têm relatado que 20% das mulheres e 10% dos homens sofreram, pelo menos um episódio de abuso sexual quando crianças. Este estudo de caso descreve o desconforto e disfunção de uma vítima de incesto na infância, cujos sintomas incluem dores musculares, dificuldades nos relacionamentos, baixa auto-estima, sentimentos de culpa e raiva e imagem corporal distorcida, e documenta os efeitos de 13 sessões de Rolfing® integração estrutural, consistindo de liberação miofascial sistemática combinada com a educação do movimento enfatizando as percepções sensoriais do sujeito. Durante a série de Rolfing®, o sujeito de pesquisa ganhou acesso às memórias do abuso sexual, tais memórias permitiram o sujeito entender melhor os relacionamentos atuais com os outros e com o meio ambiente, e reconhecer que a atual tensão corporal, medo e insegurança foram relacionados com o abuso passado. Como a atenção para a percepção sobre o corpo era um componente essencial do trabalho Rolfing®, este estudo de caso sugere que pode ter sido a percepção elevada e reconhecida do sujeito que permitiu o acesso do sujeito às memórias de abuso na infância, e indica os potenciais benefícios de uma pesquisa maior para isolar como uma variável este componente particular de Rolfing®.

Palavras-chaves: Rolfing®, percepção, abuso sexual, trauma.

ABSTRACT

The sexual abuse of children is increasingly recognized as an important social problem, recent studies having reported that perhaps 20% of women and 10% of men suffered at least one episode of sexual abuse as children. This case study describes the discomfort and dysfunction of one childhood incest victim, whose symptoms included muscle pain, difficulties in relationships, low self-esteem, feelings of guilt and anger, and distorted body image; and documents the effects of 13 sessions of Rolfing® structural integration, consisting of systematic myofascial release combined with movement education emphasizing the subject's sensory perceptions. During the Rolfing® series, the subject gained access to memories of the sexual abuse, which memories allowed the subject to better understand current relationships with others and with the environment; and to recognize that current bodily tension, fear and insecurity were related to the past abuse. Because attention to perception about the body was a key component of the Rolfing® work, this case study suggests that it might have been the subject's heightened and acknowledged perception that allowed the subject access to the memories of childhood abuse; and indicates the potential benefits of further research to isolate as a variable this particular component of Rolfing®.

Keyword: Rolfing® , perception, sexual abuse, trauma.

LISTA DE ABREVIATURAS

LACRI	Laboratório de Estudo da Criança
D	Direita
E	Esquerda
NAPER	Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfing®
PTSD	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
SP	Sujeito de Pesquisa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Panorama do Abuso Sexual no Brasil e no Mundo	15
2.1.1 Sequelas e Sintomas do Abuso Sexual	17
2.2 Trauma	23
2.3 Tônus	25
2.4 Imagem Corporal	27
2.5 Integração Estrutural Rolfing®	29
2.6 Rolfing® Movimento	33
2.7 Percepção	35
CAPÍTULO 3 – CASUÍSTICA E MÉTODOS	39
3.1 Casuística	39
3.2 Métodos	39
3.2.1 Entrevista Inicial (Anexo A)	39
3.2.2 Relatório do Cliente (Anexo B)	40
3.2.3 Desenho-1 (Anexo C)	40
3.2.4 Desenho-2 (Anexo D)	40
3.2.5 Relatos do Sujeito de Pesquisa	40
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÕES	41
4.1 Relatórios de Cada Sessão e Relato do Diário do Sujeito de Pesquisa	41
4.1.1 Sessão 1	41
4.1.2 Sessão 2	42
4.1.3 Sessão 1 - Movimento	43
4.1.4 Sessão 3	44
4.1.5 Sessão 4	44
4.1.6 Sessão 2 - Movimento	46
4.1.7 Sessão 5	47
4.1.8 Sessão 6	48
4.1.9 Sessão 7	49
4.1.10 Sessão 8	51
4.1.11 Sessão 9	52
4.1.12 Sessão 10	52
4.1.13 Sessão 3 - Movimento	53
4.2 Discussão	54
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
GLOSSÁRIO	63
ANEXO A – ENTREVISTA INICIAL NAPER	64
ANEXO B – ENTREVISTA FINAL NAPER	73
ANEXO C – DESENHO DA IMAGEM CORPORAL ANTES DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL ROLFING®	79
ANEXO D – DESENHO DA IMAGEM CORPORAL DEPOIS DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL ROLFING®	80
ANEXO E - Desenho da auto-imagem feito pelo sujeito de pesquisa antes do processo	81

ANEXO F – Desenho da auto-imagem feito pelo sujeito de pesquisa após o processo	82
ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	83

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A cada vez mais pessoas buscam alívio para todos os tipos de dores que, supostamente, são físicas; buscam algum tipo de tratamento dentro da medicina, seja ela tradicional, alternativa ou até espiritual.

Algumas pessoas e alguns profissionais não compreendem a relação de certos sintomas associados a algum tipo de trauma, seja físico, emocional ou espiritual, o que leva os pacientes de um tratamento a outro. Desde a gestação, passamos por várias experiências, tanto boas, quanto ruins, as quais deixam marcas em nosso corpo, emoções e sensações, que muitas vezes nem lembramos, mas que estão registradas em nosso inconsciente.

Este trabalho vem de indagações de experiência profissional desde a minha formação como fisioterapeuta. Alguns pacientes apresentavam dores e sentimentos, lembranças, acompanhados por choro, raiva, tristeza, durante ou após as sessões, e eu não compreendia a profundidade dessa relação.

Segundo Merlino (2005), as novas teorias evidenciam como as emoções são percepções do que acontece nos estados corporais, como a memória enreda-se em uma organização da trama do tecido físico. Tudo isso corrobora a ideia que organização funcional e estrutural do corpo são fundamentais para uma nova organização da pessoa em todos os níveis de descrição.

De acordo com Damásio (apud Merlino, 2005), os sentimentos são as testemunhas do estado de vida, são sentinelas que permitem ao nosso *self* tomar conhecimento desses estados. Os sentimentos são manifestações mentais do equilíbrio e da harmonia ou, ao contrário, da desarmonia e do desacordo, que acontecem no interior do corpo.

Como fisioterapeuta, segui o paradigma de corrigir e reabilitar partes do corpo que estão disfuncionais por alguma lesão. Em meu processo de educação

continuada e nas experiências em consultório, passei por fases em que trabalhei a reabilitação pelo movimento e por outras em que exerci terapias manuais, porém sentia que algo faltava para complementar. Em meio à busca de conhecimento pessoal e profissional, pela necessidade de um paciente que não falava bem o português, fui procurar um rolfista para ele. Conversando com uma rolfista para conhecer mais sobre o assunto, eu acabei passando pelo processo e fazendo a formação que foca a liberação dos tecidos associados à consciência do movimento pela percepção para poder levantar o que faltava em minha experiência clínica.

Segundo Prado (2009), Rolfing® ou Integração Estrutural é uma abordagem holística que considera todos os aspectos do indivíduo, ou seja, sua estrutura física, sua função, bem como seus aspectos psicobiológicos, ou seja, aspectos emocionais/psicológicos, aspectos culturais/meio ambiente, aspectos existenciais/espirituais e aspectos energéticos.

Segundo Orlando (2011), Integração estrutural Rolfing é uma prática somática que utiliza manipulação facial e educação do movimento com o objetivo de organizar a estrutura corporal. É realizado em uma série organizada de sessões individuais que visam restaurar o equilíbrio postural e a facilidade funcional do indivíduo, alinhando e integrando o corpo na gravidade.

Segundo Rossi (2011), Rolfing® proporciona à pessoa uma distribuição de forças mais equilibrada, resultando em um sistema energético mais equilibrado, havendo uma melhor conservação de energia. Além de alterações nas estruturas anatômicas e fisiológicas do corpo, os profissionais que aplicam Rolfing®, bem como as pessoas que recebem a técnica, têm afirmado que Rolfing® produz também mudanças psicológicas.

Segundo Caspari (2005), à medida que trabalhamos com a percepção, produzimos efeitos sobre as sensações. Como percepção é a ponte entre o físico e o emocional, podemos ter influências sobre o psicológico da pessoa trabalhando a percepção e a coordenação do contexto da gravidade.

Segundo Caspari (2003), a maioria dos rolfistas aceita que os músculos e fáscias possam “conter” lembranças e emoções do passado. Assim, naturalmente,

os clientes às vezes experienciam emoções quando fixações antigas nas fáscias, articulações ou vísceras são liberadas.

Segundo Godard (apud Merlino, 2005), se o movimento está bloqueado em algum lugar do corpo, a percepção também está bloqueada.

Segundo Prado (2006), foi também Maitland quem trouxe para o contexto do Rolfing® o termo “psicobiológico”, que se refere ao estado biológico do comportamento, área de conhecimento que lida com a interação entre a biologia e a psicologia e, tradicionalmente, se dedica à neurociência. No Rolfing®, o uso do termo “psicobiológico” abre espaço para lidar

“...com o que tradicionalmente se chamou de mente e isto inclui a visão de mundo da pessoa. Esta taxonomia inclui a habilidade de percepção da sensação de si mesmo corporalmente (*self-sense*), a orientação perceptiva e emocional do paciente em relação a como ele percebe seu movimento, sua auto-imagem e seu lugar no mundo”. (MAITLAND, 2000, p121).

Por relatos de clientes e manifestações de descarga emocional e física, uma das características de trauma na infância que chamou a minha atenção foi o abuso sexual.

O presente trabalho visa descrever e fornecer dados básicos que auxiliem na identificação de sequelas em adultos abusados na infância. Destaca-se a palavra “auxiliar”, porque o abuso sexual de crianças é um fenômeno complexo e a sua dinâmica e suas consequências variam muito em cada caso.

O objetivo da pesquisa será investigar e relacionar o que pode emergir em um sujeito de pesquisa abusado sexualmente na infância, em um processo de Rolfing® utilizando a técnica de liberação miofascial durante dez sessões estruturais e três de movimento.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Abuso Sexual no Brasil e no Mundo

Atualmente, com a internet, a mídia, os documentários específicos e até os escândalos envolvendo pessoas famosas, quebra-se o silêncio sobre um assunto pouco discutido em meio público: o abuso sexual.

Independentemente de etnia, classe sócio-econômica, nível cultural e religioso, é assustador o número crescente de adultos que foram molestados na infância.

O abuso sexual de crianças tem surgido recentemente como um grave problema social no país e no mundo todo. No Brasil, estima-se que em torno de 6 milhões de meninas e 3,1 milhões de meninos sejam vítimas de agressões sexuais a cada ano (AZEVEDO e GUERRA, 1933). Nos Estados Unidos, a *National Center on Child Abuse Prevention Research* estimou, em 1992, que 20% dos homens americanos teriam sido vítimas pelo menos uma vez de abuso sexual na infância (MARQUES, 1994).

Estudo realizado com prostitutas que atuavam em Miami, Estados Unidos (n = 325), demonstrou que 50,5% das mulheres entrevistadas haviam sido vítimas de abuso sexual quando crianças. Um total de 51,7% dessas mesmas mulheres referiu ter sofrido violência (espancamento, estupro, ameaça com armas) por parte de seus clientes no ano em que iniciaram o trabalho nas ruas (SURRET et al., 2004 apud ADED et.al., 2006).

O Laboratório de Estudo da Criança (LACRI), ligado ao instituto de psicologia da Universidade de São Paulo, começou, a partir de 1996, a investigar casos notificados de violência doméstica contra crianças e adolescentes. O LACRE estimou a violência do abuso sexual utilizando o critério proposto por *Finkelhor*: 20% das mulheres e 10% dos homens teriam sido vítimas de violência sexual antes dos

dezoito anos. As informações estão organizadas em um banco de dados na *home page*: www.usp.br/ip/laboratorios/lacre, link estatísticas brasileiras.

A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A criança que é vítima de um crime ligado à pedofilia tem evidentemente desrespeitados seus direitos à saúde (uma vez que agredida fisicamente pelo abuso sexual), à vida, à dignidade, ao respeito e à liberdade. A criança que é vítima de pedofilia tem atacada drasticamente sua auto-estima, via de regra se torna depressiva e apresenta sequelas para toda a vida, tendo atingidos, pois seus direitos à saúde (também mental), à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização e à cultura. Além disso, as estatísticas mostram que há enorme tendência de que o abusado na infância se torne um abusador na idade adulta.

Segundo o relato de Fortes (2011)¹:

“Hoje, há quase dois anos trabalhando junto a CPI da Pedofilia, vejo que, infelizmente, todos os tipos de violência sexual (seja o abuso ou a exploração sexual, através de prostituição infantil; estupro; produção, distribuição e uso de pornografia infantil; internet *grooming*; incesto, etc.) grassam em nosso país e no mundo...e no Brasil ainda não temos todos os meios, ou meios realmente eficazes para realizar a devida proteção da sociedade, através de prevenção e repressão”.

“Observamos que em locais onde a pobreza e a falta de instrução imperam é comum vermos crianças vendidas para uso sexual de adultos depravados; mães que levam as filhas (crianças e adolescentes) à prostituição; pais que estupram filhas; agenciamento de crianças a partir dos cinco anos de idade para o prazer sexual de pedófilos criminosos; leilão de crianças e virgens em bordéis; excursões de estrangeiros que vem ao Brasil para turismo sexual...”

¹ Carlos José e Silva Fortes (2011). Promotor de Justiça – Ministério Público de Minas Gerais – Curador da Infância e da Juventude – Divinópolis/MG – case.fortes@uol.com.br – 25 de janeiro de 2011 – case.fortes.todoscontrapedofilia – Estatísticas Relativas a Pedofilia – Abuso e Exploração Sexual.

“Mas é bom que se ressalte que o abuso sexual acontece em todas as classes, credos e níveis intelectuais: há vários casos de médicos que abusavam de pacientes; líderes religiosos (Padres e Pastores) que abusavam de fiéis; Pais-de-santo que usavam de sua posição para manter relação sexual com meninos e meninas; funcionários públicos graduados que distribuíam pornografia infantil pesada, usando computadores do serviço público; conceituados pais de família que abusavam de seus filhos e filhas, sob o silêncio das mães; etc.”

“O Hospital Pérola Byington de São Paulo/SP (onde estive há poucos meses), que é o maior centro de atendimento de vítimas de violência sexual (não só crianças e adolescentes, mas também homens e mulheres), nos apresenta algumas estatísticas realmente estaremcedoras.”

Embora tal estatística (anexo F) seja baseada em atendimentos feitos no estado de São Paulo, evidencia-se uma situação vivida em todo o Brasil, como pode-se observar durante as diligências da CPI da Pedofilia, realizadas em vários estados.

Confessamos estar espantados com o número de casos de abuso sexual que vem chegando ao nosso consultório e percebemos também que o abuso ocorre em todos os níveis sociais, econômicos, educacionais e profissionais. De fato, o assunto é grave, e está presente no mundo todo. Espera-se que haja cada vez mais um maior número de profissionais comprometidos com a questão do abuso sexual e suas implicações (BISPO, 1998).

2.1.1 Abuso Sexual: Sequelas e Sintomas

Quando uma criança chega ao mundo, ela certamente precisa de cuidados para a sua sobrevivência. Quando negligenciadas, humilhadas, vítima do abuso dos próprios pais, elas não crescerão saudáveis, vindo a tornar-se uma criança em corpo de adulto (CUKIER, 1998).

Aurélio (1986) registra várias acepções para expressão “abuso” e “sexual”. Transcrevendo algumas delas, temos: “abuso” como “mau uso, ou uso errado, excessivo ou injusto; aquilo que contraria as boas normas, os bons costumes”; e “sexual” como “pertencente ou relativo ao sexo, ato sexual; que

caracteriza o sexo: partes sexuais”. Já a expressão “incesto” tem o significado de “união ilícita entre parentes consanguíneos, afins ou adotivos”.

Segundo Azevedo e Guerra (1988-1989), entende-se por abuso sexual “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”. Em se tratando de abuso (vitimização sexual doméstica), as autoras colocam que, na definição, por ela ser muito genérica, a palavra “adulto” deve ser substituída por “pais (biológicos, por afinidade), responsáveis (tutores...) ou ainda, parentes (irmãos, avós, tios, primos,...).”

Ressalte-se que, em ocorrências desse tipo, a criança é sempre vítima e não poderá ser transformada em ré. A intenção do processo de violência sexual é sempre o prazer (direto ou indireto) do adulto, sendo que o mecanismo que possibilita a participação da criança é a coerção exercida pelo adulto; coerção esta que tem raízes no padrão adultocêntrico de relações adulto-criança vigente em nossa sociedade. A violência sexual doméstica é uma forma de erosão da infância.

Também dizem que, por se tratar de violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes, essa relação deve ser classificada como uma relação incestuosa. Dessa forma, incesto pode ser entendido como toda atividade de caráter sexual, implicando uma criança menor de dezoito anos e um adulto que tenha para com ela uma relação de consanguinidade, de afinidade ou de mera responsabilidade; ou seja, relações incestuosas são aquelas praticadas entre pessoas que os costumes e/ou as leis proibem de se unirem mediante casamento.

BISPO (1998) relata que Trepper & Barrett (1989) expandiram a definição de abuso incestuoso de Russell (1984) para incluir:

1. Qualquer contato definido como:

- a) Toque com a intenção de excitação sexual da criança ou para proporcionar excitação sexual para o parente adulto que está agredindo.
- b) Beijo de uma maneira prolongada ou cujo propósito é similar ao toque.
- c) Carícias das genitais ou de outras partes do corpo de maneira sexual.
- d) Contatos sexuais ostensivos, tais como contato oral, genital, estimulação manual dos genitais ou intercuro.

OU

2. Qualquer comportamento que tenha a intenção de estimular sexualmente a criança ou de estimular sexualmente o parente adulto ofensor por meio do uso da criança. Isso pode incluir: mostrar para a criança materiais eróticos, fotografar a criança de uma maneira sexual ou falar “coisas sujas” para ela.

3. Pode ser considerado incestuoso esses contatos ou comportamentos iniciados por:

- a) Um parente adulto, incluindo parentes afins, entendendo que o grau de impacto é aumentado quanto mais próxima for a relação com a criança.

OU

b) O parente da criança ou do adolescente, inclusive os afins, que sejam bem mais velhos que a criança ou, no mínimo, de uma “geração” diferente da criança (uma criança de catorze anos e uma de doze não devem ser consideradas da mesma geração infantil, enquanto uma de quinze anos e outra de dezessete podem). Entretanto, ainda que elas possam ser considerados “do mesmo grupo”, os atos sexuais devem ser consensuais, caso contrário, são considerados abuso incestuosos. (BISPO, p.12-13)

Segundo Imber-Black e Col.(1994) apud Bispo (1998):

“O segredo do incesto, se deixado fermentando dentro do indivíduo ferido, distorce sua experiência de vida e frequentemente leva à angústia da doença emocional e à dor psíquica implacável”. (p.185)

“É claro que estes são segredos prejudiciais, pois produzem sintomas e reações que podem desequilibrar a vida da pessoa e de todo o sistema envolvido. Pensando nessa dor psíquica, recordamos os momentos em que alguns pacientes literalmente ‘gemem’, ficam quase sufocados, sem ar, ao reviverem as lembranças das violências sexuais da sua infância ou, em alguns, de casos ocorridos na adolescência”.

“Os segredos prejudiciais comprometedores referem-se a ações ocorridas no passado, mas cujo poder para afetar os relacionamentos e o bem estar do indivíduo permanece vivo no presente”. (p.22)

Os autores colocam ainda que “o perpetrador não apenas é uma poderosa figura provedora de cuidados no mundo da criança, mas paradoxalmente, pode estar mais presente e ser mais carinhoso e amoroso do que qualquer outra pessoa em sua vida” (p.190). Colocam ainda que crianças negligenciadas buscam receber atenção dos pais. Dessa maneira, após a experiência abusiva, acabam sentindo remorso e têm de ser especial para o adulto.

De acordo com Imber-Black e Col.(1994), apud Bispo (1988):

Outro aspecto relevante abordado pelos autores é o de que a criança acaba guardando o segredo por causa da coerção exercida por parte do membro parental abusivo. Ela acaba mantendo o segredo por causa das ameaças a que se vê imposta. Muitas vezes teme pela mãe, quando tem um pai violento, pelos irmãos, animais de estimação, propriedades, e/ou por si mesma. O incesto é inegavelmente um abuso de poder; a violação física é frequentemente dolorosa e amedrontadora para a criança (p.190).

Segundo Bispo (1998), as vítimas de abuso sexual queixam-se dos seguintes sentimentos: culpa, baixa auto-estima, choros, ambivalência (sentimentos

de amor e raiva), desesperada necessidade de ser amada, medos, cansaço profundo, desejo de morrer, vulnerabilidade ao álcool e às drogas.

De acordo com Balone (2003), as principais sequelas do abuso são de ordem psíquica, sendo um fator relevante na história de vida emocional de homens e mulheres com problemas conjugais, psicossociais e transtornos psiquiátricos. O abuso sexual infantil pode estar relacionado a futuros sentimentos de traição, desconfiança, culpa, baixa auto-estima e distorção de imagem corporal.

Para Foward (1989):

"A culpa das vítimas muitas vezes se manifesta através de sintomas psicossomáticos quase sempre enxaquecas. Qualquer dos sintomas geralmente associados à tensão também podem aparecer como problemas gástricos, afecções de pele, dores musculares e articulares".

E continua, dizendo que as vítimas podem não ter todos esses sintomas de uma vez, que quase sempre há uma combinação dos mesmos, tornando-as profundamente depressivas, podendo levar muitas vezes à tentativa de suicídio.

Cukier (1998) afirma que todos nós sabemos

"por experiência própria que existe uma dor que não é física, mas psicológica. A auto-estima precisa ser mantida dentro de alguns níveis de valoração, senão produz-se a dor - é a dor de não ser amado, a dor de se perceber pouco importante para o outro, a dor de se sentir vulnerável, a dor de se sentir enganado, traído".

A autora continua, afirmando que o intrapsíquico é constituído pelas relações que uma pessoa mantém consigo mesma e, neste contexto, a regra para o Eu saber se tem ou não valor é simples: o "Eu" gosta de si quando gostam dele e não suporta quando é rejeitado ou desprezado.

No estudo de Adad *et.al.* (2006), afirma-se que uma criança que tenha sido abusada sexualmente será traumatizada por toda a vida, e que a ajuda especializada somente será procurada nos casos em que, futuramente, os traumas

emocionais e psicológicos venham a se agravar (SHARMA e GUPTA, 2004). As sequelas podem variar de acordo com aspectos do abuso: número de agressores, duração, relação com agressor, resistência, emprego de força, idade em que se iniciou, participação e frequência do abuso (STEEL *et al.*, 2004). O abuso sexual aumenta o risco de suas vítimas desenvolverem transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) e apresentarem comportamentos autodestrutivos. Dificuldade nos relacionamentos sexuais também é descrita (PELEIKIS *et al.*, 2004; QUEIROZ, 2003). Transtornos dissociativos (GRANDE *et al.*, 2003; ZAVASCHI *et al.*, 2002; KISIEL e LIONS, 2001), fobias, ideação paranoide e transtorno obsessivo-compulsivo têm sido referidos ao abuso sexual em crianças, adolescentes e adultos, podendo variar conforme o agressor e a idade em que ocorra o abuso (HAJ-YAHIA e TAMISH, 2001; MACFIE *et al.*, 2001). Transtorno de conversão tem sido relacionado a pacientes com história de abuso sexual de longa duração e relações incestuosas (YSTGAARD *et al.*, 2004; ROELOFTS *et al.*, 2002).

Com suas experiências na prática clínica, Lanberg (2002) *apud* Bispo e Kudo (2011) puderam notar três importantes aspectos que comprometem a individualidade no gênero humano, aos quais fizeram referência durante uma palestra sobre vitimização sexual:

- 1) A voz – é a pessoa falando dela própria ao mundo; a voz explica a pessoa aos outros com palavras que podem ser entendidas; ela é uma extensão do próprio sujeito. Essa voz é silenciada devido ao abuso sexual.
- 2) Relacionamento – como criatura humana, fomos planejados para, além de ter voz que fala ao mundo, viver em relacionamento com pessoas conhecidas e amadas. A criança vitimizada sexualmente sente-se tão amedrontada e cheia de vergonha, que se esconder e se cobrir parece ser o único recurso. Foi destruída a experiência de conhecer e ser conhecida, amar e ser amada.
- 3) Poder – poder para influenciar pessoas e eventos. Exercer um impacto sobre o mundo e uns sobre os outros. A vitimização sexual faz com que a criança sinta-se invisível, ineficaz ou desamparada.

Portanto, em decorrência da vitimização sexual, todos os três aspectos foram destroçados, restando como resultado o silêncio, o isolamento e o desamparo. Esse é o resultado do trauma causado pela vitimização sexual: um estrago causado à individualidade.

Segundo Bispo (1998), a raridade das queixas dadas se deve muitas vezes pela vergonha ou por as vítimas desconhecerem as consequências negativas que tais atos causam no indivíduo.

No estudo de Adad (2006), o autor afirma que o abuso sexual na infância é visto como fator de risco para a vitimização sexual na idade adulta, independentemente da atuação familiar (MESSMAN-MOORE E BROWN, 2004), e para o desenvolvimento de psicopatologias futuras (MOLNAR *et al.*, 2001). Estudos recentes têm relacionado diversas parafilias ao abuso sexual continuado na infância: quanto mais frequente e persistente, piores os problemas psíquicos, comportamentais e de relacionamento. As sequelas levariam as vítimas de abuso a comportamentos criminosos de transgressão dos costumes (SHARMA, 2003).

No estudo de Fortes (2011), a criança vítima de um crime ligado à pedofilia tem evidentemente desrespeitados seus direitos à saúde (uma vez que agredida fisicamente pelo abuso sexual), à vida, à dignidade, ao respeito e à liberdade. A criança que é vítima de pedofilia tem atacada drasticamente sua auto-estima, seus direitos à saúde (também mental), à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização e à cultura e, via de regra, torna-se depressiva e apresenta sequelas para o resto de sua vida. Além disso, as estatísticas mostram que há enorme tendência de que o abusado na infância se torne um abusador na idade adulta.

2.2 Trauma

De acordo com Aurélio (1986), a palavra “trauma” é definida como desagradável experiência emocional de tal intensidade, que deixa uma marca

duradoura na mente do indivíduo; os psiquiatras acreditam que as experiências traumáticas ocorridas na infância levam, às vezes, à manifestação de sintomas neuróticos posteriores. Experiências emocionais ocorrem na infância de qualquer pessoa e, certamente, produzem efeitos na personalidade adulta. O estudo desses traumas ocorridos na infância desempenha importante papel no tratamento psiquiátrico que se dispensa às pessoas emocionalmente doentes.

Segundo Scaer (2001) no estudo de Motta (2003), a teoria do trauma da qual o Dr. Levine se utiliza é a do modelo animal e da utilização das respostas de luta/fuga/congelamento. Levine notou que quando o animal não pode escapar do seu predador, fica congelado ou entra em um estado de imobilidade. Se o animal sobrevive, a energia armazenada é dissipada mediante esteriótipos somáticos e respostas autônomas, incluindo tremores, transpiração e respiração profunda. Levine notou que os seres humanos tendem a não dissipar energia quando submetidos a esse estado, e conclui que:

“[...] embora frequentemente imobilizados diante da ameaça, os humanos raramente descarregam a energia de fuga/luta retida, talvez por causa dos centros cerebrais cognitivos altamente desenvolvidos, que tendem a suprir muitos comportamentos instintivos ou por causa dos padrões culturais adquiridos” (SCAER, 2001 *apud* MOTTA, 2003).

Blanchard (1996) cita:

“Ter vivido um trauma físico e psicológico faz com que a vítima questione sua capacidade de defender-se, odiar o corpo, porque faz lembrar de más experiências. Ela tem dissociadas, emocionalmente distante, aprende que não pode controlar o corpo, não confia na sua memória e no senso de realidade”.

Referimo-nos aqui ao segredo que as vítimas de abuso sexual carregam em suas vidas. Algumas delas muitas vezes nem se lembram deles de tão guardados que esses segredos se encontram, só aparecendo em sonhos ou pesadelos, ou por meio de diversos *flashback* das mentes que os mantêm aferrolhados.

Segundo declaração de Rolf em vídeo, cabe referencia episódios traumáticos deixam suas marcas na vida da pessoa e, mais tarde, ela procura um psicólogo esperando livrar-se disso. Mas sabemos que os episódios traumáticos estão enterrados na carne do corpo. Até que o corpo seja libertado para que possa se movimentar adequadamente, o episódio traumático não pode ser apagado do corpo esquecido.

2.3 Tônus

No trabalho de Menegatti (2003), são citados alguns trabalhos como o de Sherrington (1909) que se refere à tonicidade “como sendo a atividade postural dos músculos que fixa as articulações em posições determinadas, solidárias umas com as outras, que no seu conjunto compõem a atitude”.

WALLON (1932) *apud* Menegatti (2003) apresenta a tonicidade como fator preponderante no desenvolvimento motor e psicológico humano. Esses trabalhos foram confirmados por J. Ajuriaguerra em 1950, 1955, 1961 e 1974 *apud* Menegatti (2003).

André-Thomas e Ajuriaguerra (1949) e Saint-Anne Dargassies (1968) referem-se a duas espécies de tônus: uma de repouso ou de fundo e outra de atividade. A tonicidade de repouso se caracteriza por ser permanente e a tonicidade de atividade caracteriza-se a partir das possibilidades de modificação de atitudes.

MORIN (1969) define tônus muscular como a ligeira tensão existente na musculatura estriada em repouso dando-lhe uma consistência característica que desaparece se houver secção da inervação motora ou medular correspondente. W. Reich apresentou propostas em que situava as atitudes musculares como atitudes de caráter, entendendo os espasmos na musculatura estriada gerando as armaduras musculares (MENEGATTI, 2003).

O tônus é definido como jogo de pequenas contrações contínuas, ligando-se a todos os outros sistemas por meio das vias eferentes (cérebro/corpo) e aferentes (corpo/cérebro); estando ainda associado ao pensamento, aos afetos, às emoções, à vigilância (atenção), a todas as formas de intenção, à percepção (propriocepção, ouvido interno [gestão do equilíbrio pelo aparelho vestibular], interocepção).

Quando o sistema tônico está perturbado, há alteração no equilíbrio dos cinco grandes sistemas (neurovegetativo, neuroendócrino, neurovascular, imunitário e homeostático) e, inversamente, qualquer perturbação de um desses sistemas repercute no tônus.

Para Bourhis (2002 *apud* BOIS, D. 2006), a função do tônus é antigraavitacional, uma comunicação não verbal (atitudes, mímicas, expressão), vigilância e termoregulação.

A solicitação do tônus depende:

- a) de uma via eferente: condução da informação do cérebro ao corpo:
 - do tronco cerebral, que regula a vigilância dos músculos e de seu tônus;
 - da amígdala, do sistema límbico, do hipotálamo (emoção). Existe uma memória referencial; o tônus inicia-se a partir do momento em que há representação das coisas;
 - é um sistema comprometido e comprometedor entre o cérebro e corpo, ligado pelo tônus;
- b) de uma via aferente: condução da informação dos captadores para o cérebro:
 - os fusos neuromusculares, que informam o estado de tensão dos músculos e permitem sua regulação;

- os captadores proprioceptivos articulares, musculares, ligados aos órgãos dos sentidos. Cada vez que tocamos a pele, um músculo, tocamos na regulação do tônus mediante as informações ascendentes que remontam ao sistema nervoso central;
- a interocepção, percepção das vísceras. A liberação visceral age sobre o tônus;
- o ouvido interno, que capta as informações e permite a gestão do equilíbrio;
- os sentidos exteroceptivos, que participam da modulação tônica.

“No diálogo corporal que o indivíduo estabelece com o mundo, o tônus integra toda a história dialética das informações exteriores, e interrelaciona-as para dar origem à fenomenologia do comportamento humano” (FONSECA, 1998, p. 233). Portanto, pode-se dizer que o comportamento humano, mediante o corpo, o qual é a sua condição de existência, presença e atuação no mundo, tem no tônus uma grande parcela de significados, de comunicações e até de um saber corporal. A percepção ao próprio tônus e ao tônus representado nos corpos dos outros é um passo significativo para compreender que o tônus emite importantes mensagens que devem ser encaradas inclusive sob a perspectiva de um diálogo corporal.

2.4 Imagem Corporal

De acordo com Motta (2007), os estudos sobre imagem corporal têm mostrado a importância da identificação e valorização das sensações como elemento norteador na revelação do universo existencial do sujeito. Dessa maneira, dores e tensões musculares são vistos como sintomas sistêmicos e não simplesmente referentes a uma questão biomecânica: “levamos em consideração que as necessidades das pessoas, muitas vezes inconscientes manifestam-se corporalmente por meio das mais variadas sensações que podem ser experimentadas sob a forma de tensões”.

Considerada por Tavares (2003) apud Motta (2007) como eixo articulador do desenvolvimento da imagem corporal, as sensações corporais são vistas pela autora como elemento construtor da identidade do sujeito. Depois da visão integrada da imagem corporal apresentada por Schilder, temos considerado cada vez mais a dimensão física do sujeito como o lugar no qual o indivíduo tem experiências afetivas e sociais.

Com base em estudos de Motta (2007) sobre a imagem corporal, compreende-se que o universo relacional do sujeito, formado pela sensações e consequentes percepções que tem do mundo, constitui uma experiência singular, uma vez que sustenta pensamentos, crenças e sentimentos próprios. Esse mundo particular constituído pelo sujeito tem uma história desde sua concepção, vida intra uterina, desenvolvimento na infância, adolescência, até a vida adulta e seu consequente envelhecimento.

De acordo com Motta (2007), “cada parte do corpo do sujeito tem uma representação que foi, ou não, construída durante a vida e está investida de significados”.

A imagem corporal constituída pelas emoções, crenças, dotados de significados, parece-nos ser o primeiro aspecto possível de ser transformado no sujeito. Nota-se também que por ela querer intervenção corporal, precisa passar necessariamente pela imagem que a pessoa tem de si mesma, como se fosse a “porta de entrada” para uma mudança do tônus muscular e da coordenação.

De acordo com Motta (2003), “a imagem corporal 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. A experiência somática orienta uma maneira muito particular de falar com a pessoa e ler seus movimentos”.

2.5 Integração Estrutural Rolfing®

Integração Estrutural Rolfing®, criada pela Doutora Ida Pauline Rolf e inicialmente chamada de *Structural Integration*, possui abordagens estruturais, funcionais e psicobiológicas. Rolf nasceu em 1896 e morreu em 1979. Bacharel em química, trabalhou na Universidade de Rockefeller nos departamentos de quimioterapia e química orgânica e possui doutorado (Phd) em bioquímica e fisiologia pela Universidade de Columbia, Nova Iorque. Após um acidente causado por um coice de cavalo, a Doutora Rolf teve sequelas pulmonares. Ao receber tratamento com um osteopata, iniciou-se o conceito de que mudando a estrutura do corpo, poder-se-ia mudar a função. Ela teve experiência com a ioga, visando o alongamento dos músculos e a liberdade das articulações, e, com essas práticas, conseguiu associar o corpo melhor ao lado emocional e espiritual. Ao estudar física, em Zurique, entrou em contato com a homeopatia, cuja abordagem implicava cura geral do cliente por meio de administração de remédios que levariam o próprio organismo a produzir seus recursos bioquímicos e de auto cura.

Segundo Maitland e Sultan (1992) apud Motta (2003):

“O Rolfing®, assim como a homeopatia, a terapia cranio-sacral, a osteopatia e a acupuntura, insere-se no chamado terceiro paradigma, que agrupa as práticas integrativas ou holísticas, cujo objetivo essencial é a integração dos diversos aspectos do ser humano”.

Motta (2003) relata que diferentemente dos osteopatas, Ida Rolf colocava seu foco em outro tipo de tecido conjuntivo, àquele que une os ossos e envolve os músculos e células, tais como a fáscia e os ligamentos. O novo ponto de vista que a doutora Rolf trazia era que o sistema fascial modificado daria nova organização ao corpo humano. Ela apresentava uma visão do corpo com todas as suas partes específicas, agrupadas e sustentadas de uma determinada forma, por ação do tecido conjuntivo como um todo, sendo este contínuo no corpo e também manipulável. Com isso, mudando-se as estruturas, poder-se-iam mudar as funções. Além disso, como o tecido conjuntivo é contínuo, seu efeito atingiria o corpo todo e não simplesmente as partes.

Segundo a Dra. Rolf, em declaração gravada em vídeo:

“Faz parte de uma técnica para fazer a pessoa se sentir mais eficiente, mais organizada, conectada por estar no campo gravitacional, aceitando-o e trabalhando nele e com ele, como a maioria dos corpos tem de fazer. Estamos lidando com a tentativa de fazer daquele corpo um ser humano mais forte, um corpo mais seguro, mais adequado no campo gravitacional. Para isso os músculos devem estar equilibrados em torno de uma linha vertical. Quando falo em equilibrar os músculos, falo em equilibrar:

- a) lado direito do lado esquerdo;
- b) frente em relação às costas;
- c) estruturas internas e externas”

Segundo Rolf (1990), o meio pelo qual o indivíduo se comunica e influencia seu mundo exterior é miofascial. A partir disso, ela observou que a fáscia é composta por fibras de colágeno em uma substância fundamental colóide, que varia em consistência do gel (estado sólido ou semi-sólido da solução colóide) até o sol (estado líquido). Quando a energia (como pressão e fricção) é aplicada no gel, ele se transforma em sol. Rolf propôs a teoria de que a energização manual da fáscia pode transformar a substância fundamental de gel em sol e é capaz de tornar o direcionamento e a distribuição das fibras de colágeno mais elásticos e maleáveis.

Integração Estrutural Rolfing® é a organização do corpo ao redor de um eixo vertical, que representa a ação da gravidade; é um processo e uma técnica de preparar o corpo para se tornar capaz de aceitar o campo gravitacional da Terra como suporte, trabalhando-se no tecido mole para liberar os blocos do corpo e permitir que se alinhem verticalmente” (ROLF, 1999).

Ida Rolf (1990) cita que “o reconhecimento abrangente da estrutura humana inclui não só a pessoa física, mas também, eventualmente a personalidade psicológica-comportamento, atitudes e capacidades”.

A Integração Estrutural Rolfing® segue certos princípios para estrategizar e, assim, ser mais eficaz no processo de organização da estrutura corporal. Seus princípios são:

- a) Holismo - um todo vivo e unificado, no qual o tecido miofascial interliga uma estrutura à outra, dando a conexão de uma parte do corpo à outra.
- b) Palintonicidade - é o equilíbrio entre os opostos. Como a Dra. Rolf citou, é o equilíbrio muscular do lado direito do esquerdo; frente das costas; o lado interno do externo. A definição que se expressa pela geometria espacial da estrutura corporal.
- c) Adaptabilidade - a capacidade de qualquer parte do corpo, quando desorganizado, ter a possibilidade de se sustentar e se integrar ao todo.
- d) Suporte - o nível de sustentação disponível e existente no corpo que possibilita propiciar mudanças do indivíduo.
- e) Fechamento - a cada sessão devemos saber até onde proceder e finalizar cada etapa; ou, mesmo na finalização do processo, existe o momento de preparar o cliente e o próprio terapeuta para o término do processo iniciado.
- f) Continuidade - qualquer nível do organismo humano vai refletir em todos os outros níveis. Todas as intervenções afetam a continuidade, a organização e o funcionamento do todo que, por sua vez, trará o limite do sucesso da intervenção. Se a pessoa pudesse perceber o sentido dessa transformação (o que significa, para ela, a mudança de postura em relação à gravidade, da função respiratória, do aumento da percepção do ambiente), poderá viver um nível diferente da apropriação do processo.

Segundo Rolf, as dez sessões, ou seja, a receita básica descrita por Caspari (2005) e Rossi (2010), visam:

Sessão 1: a relação e a coordenação entre o tórax, a respiração, melhorar a orientação espacial;

Sessão 2: melhorar a relação e a coordenação dos membros inferiores (especialmente dos pés e da parte inferior das pernas) entre si, por um lado, e, por outro, com a coluna e com a orientação para o chão.

Sessão 3: cuidar da relação entre o aspecto anterior e posterior do corpo, principalmente no tronco pelo aspecto lateral.

Sessão 4: melhorar a relação entre pernas e pelve e aprimorar a capacidade da pelve para a locomoção.

Sessão 5: conectar as pernas diretamente com a coluna lombar por meio do músculo psoas, sem impedimentos do tronco e da própria pelve, para melhorar a relação entre os diafragmas pélvico e respiratório.

Sessão 6: cuidar da relação e coordenação das pernas com a pelve e, a partir daí, com a coluna, subindo para a articulação torácico cervical.

Sessão 7: permitir que a cabeça comande o corpo mediante a dinâmica dos sentidos para organizar a postura e o movimento.

Sessão 8: foco na parte superior ou inferior do corpo, o que trazer mais benefício, preparando para a sessão 9. O trabalho nas sessões 8 e 9 buscam um relacionamento adequado entre as estruturas já visitadas.

Sessão 9: complementar a sessão 8.

Sessão 10: Busca-se a integração do todo. Maximizar a eficiência e a liberdade de movimento entre estruturas. Integração.

As sessões da série básica serão utilizadas no processo terapêutico referentes às dez sessões de manipulação miofascial.

Segundo Merlino (2004), quando trabalhamos com o Rolfing®, estamos lidando com essa matéria interoceptiva, e, fatalmente, vamos esbarrar no sentimento de emoções. Apesar disso, é usual tratar o corpo como matéria exclusivamente biomecânica. Sempre que surge uma emoção, um sentimento, ao se manipular um tecido do corpo, aparece também uma surpresa genuína, já que não se está tratando do objeto causal ou, pelo menos, catalisador da emoção original e temporalmente congruente. Na percepção do sujeito, a emoção fica descolada de seu agente.

De acordo com Prado (2006), na medida em que a organização pessoal está conectada com tantas determinantes (dados filogenéticos, experiências físicas, psicológicas, condições sociais, ecológicas e dimensão espiritual) em um nível, o terapeuta está tocando diretamente aspectos que se ligam as tensões crônicas originadas em experiências vividas no passado. Nesse nível, Rolfing® é terapêutico.

A vida é baseada em ação — principalmente na interação e na troca com o meio-ambiente e com os outros. O dinamismo da vida é essencial para sua capacidade de renovar-se. Isso diferencia os seres vivos das máquinas. O trabalho estrutural libera as fixações nos padrões de movimento.

2.6 Rolfing® Movimento

Cada um de nós tem uma identidade única na forma de se movimentar. Isso se deve à evolução natural de cada indivíduo desde seu nascimento. Temos o que se chama de padrões segundo a forma como executamos o movimento e estes dependem de muitos fatores, em especial dos padrões de percepção e de coordenação e também das fixações que possam existir nos tecidos e no significado que, consciente ou inconscientemente, a pessoa atribui aos acontecimentos.

O rolfista de movimento ensina o cliente a melhorar a coordenação do trabalho "em equipe" dos músculos do corpo nas diferentes situações do cotidiano da pessoa.

Segundo Caspari (2003), coordenação refere-se à interação entre os músculos fásicos e tônicos e entre os músculos locais e globais. Os músculos tônicos governam nossa postura, são ricos em fusos e consomem oxigênio. Os músculos fásicos executam movimentos, têm menos fusos e consomem glicose. Os músculos tônicos revelam a psicologia (ou a memória do corpo na gravidade) da pessoa e o único jeito de se comunicar com os tônicos é por meio da percepção.

Ensinar a se movimentar não significa corrigir, consertar ou mudar o cliente, mas ampliar as possibilidades da pessoa estar no mundo. Ensinar um movimento é dirigir-se à fenomenologia dos movimentos mais básicos. A fenomenologia procura entender, ao invés de explicar, os fenômenos, e toma a experiência da pessoa como ponto de partida. Ela considera a pessoa que está vivenciando a experiência e o fato de qualquer experiência ocorrer dentro de um certo contexto. Para o Rolfing® Movimento, isso significa reconhecer que o cliente vivencia os movimentos no contexto do relacionamento tanto com as coisas e outras pessoas, quanto com a força da gravidade. Por ocorrer dentro de um contexto, um movimento é mais do que simplesmente a soma de suas partes biomecânicas desconstruídas. Segue-se que não podemos ensinar um movimento desconstruindo-o. Isso não significa que devêssemos esquecer a biomecânica, mas apenas que, tanto quanto o aspecto biomecânico pode ser importante para o rolfista, normalmente ele não é o melhor caminho para a introdução ou reforço de novas possibilidades para o cliente. Além da cognição do movimento, buscamos a conscientização do movimento. Em outras palavras, desejamos conscientização aliada à reflexão e a capacidade de concretizar experiência em linguagem.

O surgimento de um movimento é uma *gestalt*: uma estrutura, uma configuração ou um padrão de fenômeno físico, biológico ou psicológico tão integrado de modo a compor uma unidade funcional com propriedades específicas. Ensinar um movimento é dirigir-se à fenomenologia dos movimentos mais básicos.

A fenomenologia procura entender, ao invés de explicar os fenômenos, e torna a experiência da pessoa como ponto de partida. Para o Rolfing® Movimento, isso significa reconhecer que o cliente vivencia os movimentos no contexto do relacionamento tanto com as coisas e outras pessoas, quanto com a força da gravidade (CASPARI, 2005).

O Rolfing® Movimento inclui o movimento da pessoa no espaço relacional e a percepção corporal, sendo uma maneira de se tocar as marcas dos conflitos relacionais do corpo (BRETONES, 2011).

Segundo Orlando (2011), conflitos psicológicos e emocionais não resolvidos tendem a se manifestar como conflitos e fixações na maneira como os corpos se organizam e se orientam no espaço e no tempo. Ao reorganizar o corpo na gravidade e otimizando a qualidade dos movimentos do indivíduo, o Rolfing® contribui, por consequência, para seu bem estar psicológico.

Todos temos padrões de movimento que foram adquiridos desde o nosso nascimento. Cada ser tem um padrão, pois nascemos em famílias, culturas, hábitos, experiências de vidas, percepções, coordenações, fixações teciduais diferentes.

2.7 Percepção

O termo “percepção” designa o ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto conhecido. A maior parte de nossas percepções conscientes provém do meio externo, pois as percepções dos órgãos internos, na maioria das vezes, não são conscientes e desempenham papel limitado na elaboração do conhecimento do mundo.

Na percepção, acrescentamos aos estímulos os elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto, portanto, acoplamos às qualidades objetivas dos sentidos outros elementos subjetivos e próprios de cada indivíduo (BALLONE, 2002).

De acordo com Damásio (2004:91, apud Merlino), o sentimento de uma emoção é a percepção do corpo funcionando de uma determinada maneira. As emoções são modificações do mundo interior e, por isso, os sinais sensitivos que

constituem a base principal dos sentimentos de emoção são, sobretudo, interoceptivos. As origens principais desses sinais são as vísceras e o meio interior, mas há também sinais que provêm do sistema músculo esquelético e do sistema vestibular.

A percepção é fundamental para a orientação espacial. Sendo assim, ensinar movimento depende da percepção; significa dirigir-se ao modo como o cliente organiza o espaço, tanto interno, quanto externo. Por conta da nossa história pessoal, nossa cultura e nossas construções simbólicas, a percepção dos nossos corpos — bem como a do espaço externo mais próximo, no qual podemos atuar (a Kinesfera) — diverge da realidade objetiva. Tal divergência é capaz de distorcer a Kinesfera, achatando-a. Quando reconstruímos a percepção, tanto do corpo, quanto da Kinesfera, transformando-a em percepções menos divergentes da realidade objetiva, restauramos nossas possibilidades de ser (CASPARI, 2005).

Segundo Caspari (2005), à medida que trabalhamos com a percepção, produzimos efeitos sobre as sensações. Como a sensação é a ponte entre o físico e o emocional, podemos ter influência sobre o psicológico da pessoa trabalhando a percepção e a coordenação motora no contexto da gravidade.

Cintra (2011) relata que nos relacionamos com o ambiente externo por meio de informações recebidas pelos órgãos dos sentidos, que são componentes da percepção: visão, audição, olfato, paladar, tato e, atualmente considerada como sexto sentido, a propriocepção.

Para Cintra (2011), a propriocepção nos dá a noção de existência, no aspecto físico, sendo de suma importância para a informação perceptiva. Além disso, o corpo físico é somente um dos aspectos do ser humano, e este compreende outras dimensões de sua existência, como impressões, emoções e história.

Para Caspari (2003), no caso do Rolfing, as fáscias que são trabalhadas durante o processo e que fazem parte do tecido conjuntivo são densamente inervadas por mecanoreceptores que respondem à pressão aplicada. Como resultado, o tônus simpático é alterado, bem como a viscosidade tissular. Isso leva a

alterações de tônus nas unidades motoras (SCHLEIP, jan. 2003). A manipulação miofascial provoca uma resposta no SNC, em especial no SNA. Mediante esse processo há um estímulo nas respostas auto-regulatórias do indivíduo (SCHLEIP, abr. 2003). Segundo Kevin Frank, a fáscia é um órgão sensorial, cujos receptores guiam nossa percepção interna de saúde e bem-estar. (FRANK, 2010).

Segundo Prado (2006), o trabalho de Rolf revelou uma posição em psicossomática (unidade do fenômeno fisiopsíquico) e adicionou a esta discussão o enfoque do vértice somático, mediante da noção de estrutura, sua equivalência funcional e comportamental. Com tal concepção de homem-materialista e evolucionista-e por meio de sua metodologia de abordagem somática e estruturalista, acrescentou e inovou ao campo da psicossomática ao propor o estudo dos resultados da aplicação sua proposta.

Resposta emocional é comportamento, é função. Todo comportamento é expresso através do sistema músculo - esquelético. Toda função é uma expressão da estrutura e da forma e tem uma correlação direta com a estrutura material. À medida que a estrutura vai se tornando mais apropriada, os distúrbios emocionais podem diminuir, e de fato diminuem (ROLF, 1999, p. 3).

Ainda em “Rolfing, a Integração das Estruturas Humanas”, afirma:

Ela atesta que: a premissa da psicoterapia moderna é que as circunstâncias exteriores do homem são uma projeção de seu eu interior, muitas vezes oculto. Essa premissa pode ser vista sob um ângulo diferente: o estado emocional de um homem pode ser visto como projeção de seus desequilíbrios estruturais. Não há dúvida de que esta fórmula também é uma grande simplificação e que há incógnitas que o tempo e os psicoterapeutas desvendarão. Mas um homem que busca a integração da estrutura de seu corpo experimenta o elo básico que existe entre a estrutura e a emoção. À medida que caminha em direção ao equilíbrio estrutural, percebe que seu aspecto psicológico também está mudando. Para sua satisfação, consegue sentir que seus problemas psicológicos são verdadeiros espinhos cravados na carne, que só desaparecerão na medida em que a carne mudar, na medida em que for estabelecido o livre fluxo da energia do corpo e seus fluidos. Quer a mudança seja induzida por uma terapia psicológica, quer por uma terapia somática, a mudança na carne deve ocorrer, para que haja êxito no resultado terapêutico. Olhando corpos

que se organizam de acordo com estas premissas, é quase possível ver as linhas de força definindo o campo energético que é o homem... (ROLF, 1999, p. 3).

CAPÍTULO 3 - CASUÍSTICA E MÉTODO

Este trabalho apresenta um estudo de caso, cujo atendimento foi realizado em um consultório de fisioterapia, e caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e qualitativa.

3.1 Casuística

O SP é do sexo feminino, 38 anos, vítima de incesto na infância, pedagoga, trabalha como auxiliar administrativo em uma instituição. O SP foi indicado pela sua psicóloga, especialista em violência doméstica, com a qual passou por um processo de psicoterapia durante dois anos, sendo co-participante da tese de especialização em Terapia de Casal e Família do Núcleo de Família e Comunidade do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

3.2 Métodos

Como meio de pesquisa para este trabalho foram realizados :

- o processo da Integração Estrutural Rolfing® em treze sessões, uma vez por semana.
- Dois questionários e dois desenhos feitos pelo próprio sujeito antes e ao término do processo como instrumentos de avaliação.

3.2.1 Entrevista Inicial (Anexo A)

Parte preenchida pelo SP e parte da anamnese anotada pela pesquisadora para coleta de informações pessoais, saúde, vida diária, expectativas, primeiro contato e explicação do processo.

3.2.2 Relatório do Cliente (Anexo B)

Preenchido pelo sujeito no término do processo tendo como finalidade fazer uma avaliação comparativa dos benefícios do processo, avaliar se alcançou ou não seus objetivos e estimular a reflexão sobre a influência do processo em sua vida.

3.2.3 Desenho-1 (Anexo C)

Antes do Processo de Integração Estrutural Rolfing®, feito pelo SP para observar a sua imagem corporal.

3.2.4 Desenho-2 (Anexo D)

Após o Processo de Integração Estrutural Rolfing®, feito pelo SP para comparação da mudança em sua imagem corporal.

3.2.5 Relatos do Sujeito de Pesquisa

Em forma de diário, após cada sessão, sendo descritas suas experiências físicas, emocionais, mentais e espirituais.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

4.1 Relatórios de cada sessão e relato do diário do Sujeito de Pesquisa

Os resultados e a análise foram extraídos a partir da entrevista inicial, da entrevista final e de anotações no decorrer do Processo de Integração Estrutural Rolfing®.

Foram realizadas treze sessões de Integração Estrutural Rolfing®, sendo dez sessões de manipulações miofasciais e três sessões de movimento valorizando a percepção como foco da pesquisa. A seguir, o resultado e análise de cada sessão desta pesquisa que demonstra a importância da percepção no processo terapêutico e permite a manifestação das sensações como a ponte entre o físico e o emocional.

4.1.1 Sessão 1

Iniciou-se de uma forma bem tranquila. Foi explicado o processo de Integração Estrutural Rolfing® pela pesquisadora, deixando aberta à possibilidade de o SP, em qualquer momento, se colocar, perguntar e dar o limite desde das perguntas até da intervenção do toque nas manobras. A importância do momento foi a relação terapêutica entre o SP e a pesquisadora.

“Não trabalhe nas pessoas. Trabalhe com elas. Os clientes estão ansiosos para mudar, para desenvolver” (IPR).

Foi solicitado ao SP que andasse pela sala e observasse o seu andar e sua respiração. O SP relatou que sentia, ao andar, a inspiração mais presente e a região abdominal mais volumosa. Quando andava, tinha tendência de olhar para o chão antes de iniciar o movimento, pois isso a deixava mais segura. Foi solicitado para o sujeito de pesquisa explorar a diferença de sensação no corpo e na respiração ao andar com a cabeça para baixo e a cabeça em posição neutra.

O sujeito concluiu que, ao andar com a cabeça para baixo, sentia mais a inspiração e o abdome mais volumoso, e, ao andar com a cabeça neutra, sentia o tórax e o abdome; seu corpo tinha uma sensação de leveza e possuía mais energia, não havia tanto cansaço.

Durante a sessão estrutural, a região de maior tensão foi na cervical, em especial o lado D no escaleno, trapézio, romboide, subclávios, porção superficial torácica e ao redor dos trocanteres porção posterior.

Ao término da sessão, o SP teve a sensação de estar mais leve e reto demais.

Relato do diário do SP: “À noite, um pouco antes de sair do serviço, senti um calor intenso da cintura para cima e depois uma certa fraqueza, achei até que pudesse desmaiar. Continuei a sentir esse mal estar dentro do ônibus até chegar em casa. Às 8h30, quando já tinha iniciado o momento de oração, senti um calor bastante intenso nos seios que durou uns cinco minutos. Achei estranho. Pensei se tinha a ver com as coisas que compartilhei com uma amiga no dia anterior”.

4.1.2 Sessão 2

O SP chegou ao consultório desanimado, sentindo-se pressionado no trabalho. O pai estava em tratamento de hemodiálise, sequela de um Acidente Vascular Cerebral. O pai faz de tudo para dizer que está bem e não pede ajuda por ser orgulhoso.

Foi solicitado ao SP a andar e relatar o que ele percebia em seu andar, qual era a região que apoiava e como apoiava durante o andar. O sujeito relatou que ao andar tinha tendência de pisar com o meio da sola dos pés e para o lado de fora, mais o lado esquerdo.

Durante a manipulação miofascial, percebeu-se que a região tibio-talar, parte anterior da perna D e E, a região da membrana interóssea, fibular e a região cervical D estavam tensas.

Ao ser solicitado andar após a sessão, o SP percebeu que os dedos tocavam e esticavam mais no chão. Tinha a sensação de crescimento e ombros mais abertos. Os pés mais firmes e centrados sem cair para o lado de fora.

Relato do diário do SP: “Naquela manhã, chorei também ao orar para Deus pela cura do meu "eu", da minha essência, porque estava me sentindo aos pedaços, como se o meu "eu" estivesse separado um do outro. Mas, além desta imagem destruída pelo pecado, vejo que a minha imagem foi destruída pelo pecado do abuso sexual que sofri e estou sentindo esta sequela hoje, porque antes eu estava funcionando melhor, parecia que a minha mente, meu corpo, minhas emoções estavam mais integrados, pelo menos eu conseguia fazer as coisas bem, mas agora estou tendo bastante dificuldade, porque a minha mente não está funcionando bem e porque estou me sentindo mais separada das pessoas e dos acontecimentos ao meu redor”.

4.1.3 Sessão 1 - Movimento

O SP estava nesse dia introspectivo, desanimado com o emprego e sem vontade de fazer nada.

Foi solicitado ao SP sentar no banco e fazer movimento de flexão e extensão da coluna e, progressivamente, a abertura e fechamento dos braços, associando a inspiração na extensão e a expiração na flexão, e depois abrir o olhar na inspiração e fechar na expiração.

Após a sessão, o SP relatou não ser fácil em um momento de introspecção fazer movimentos de esticar, quando na verdade a vontade era de se fechar, mas estava disposto a tentar esse trabalho, pois algo havia mudado após a sessão. Porém, não conseguia identificar.

4.1.4 Sessão 3

O SP procurou andar mais descalço em casa para sentir mais os pés. Ainda não sente tanto os dedos (foi explicado para o sujeito não se exigir; apenas perceber). Ela relata não estar bem emocionalmente e não consegue lidar com críticas (recebeu retorno de desempenho em seu trabalho). Sente-se deslocada em seu meio social, isola-se cada vez mais das pessoas e, geralmente, é uma pessoa que gosta de expressar seus sentimentos e movimentar-se com o corpo, pois é muito expressiva.

Durante a sessão todo o lado D do seu corpo estava mais tenso e sensível, desde a região da cabeça, pescoço, trapézio, tríceps, rotadores de ombro, tensor da fáscia lata, piriforme, tracto iliotibial e região lateral do pé. Após a manobra deste lado, sentiu calor na perna; o pé mudou de descarga para parte anterior, sentindo mais os dedos tocarem no chão e a firmeza na perna direita como um todo.

Ao fazer as manobras do lado E, as regiões que chamaram mais a atenção foram o tracto iliotibial mais tenso que o D. Após a manobra, o SP sentiu os pés mais alinhados e mais móveis na região do tornozelo e o corpo em geral mais firme, concreto, percebendo mais o todo. Ainda sentia tensão na região cervical e relatou que antes da sessão estava com vontade de chorar, pois estava insegura, dissociada e sem saber o motivo claro, não tinha forças. Ao término da sessão, estava mais segura devido à firmeza que o corpo proporcionou-lhe.

Relato do diário do SP: "senti um desgaste emocional, mental e físico com algumas características como sono, cansaço, dores no corpo principalmente no pescoço e uma possível explicação foi porque, no dia anterior, segurei o choro e não verbalizei os meus sentimentos e sentindo a cabeça pesada por um desgaste mental".

4.1.5 Sessão 4

Após a última sessão, sentiu um pouco de dores na região do quadril, uma pressão na cabeça, e percebeu que não tinha resolvido a questão do abuso.

Começou a perceber que joga suas tensões emocionais no corpo, principalmente na região de ombros e pescoço ao ouvir críticas. Há dois meses, percebeu que sua memória não é mais a mesma. Começou a relembrar fatos antigos: a primeira relação sexual com o namorado foi considerado um abuso sexual, pois não havia consentimento de sua parte. Após a primeira sessão, ela sentiu um calor profundo na região da mama onde ela tinha sido abusada pelo toque do rapaz. Sentiu-se fraca nesse dia, achando que não conseguiria retornar para casa. Tal região foi uma parte do corpo que ela não sentia por vários anos. Durante o processo de Integração Estrutural Rolfing®, começaram a emergir várias coisas; estava desconectada com o corpo, nesse período suas forças estavam diminuídas.

Nesta sessão, foi explicado ao SP que haveriam toques mais profundos e em áreas que foram mostradas em um esqueleto do corpo humano, pois seria na região pélvica. Caso o sujeito sentisse algo constrangedor ou desconfortável, poderia ser colocado para que não se sentisse invadido.

Durante as manobras, havia tensões na região adutora E, na coxa interna D e no ramo isquiático, sensíveis ao toque.

Ao solicitar o andar para o sujeito, este tinha a sensação de encaixe da bacia, algo que antes estava desconectado, mas que naquele momento parecia ajustado.

O relato do diário do SP: "...à tarde, pós tratamento, comecei a sentir sono, cansaço físico e mais para o final da tarde comecei a sentir uma certa dor na área das 'nádegas' que foi trabalhada, principalmente no lado E. Fui visitar os meus pais e, conversando com a minha mãe, veio à tona a questão do abuso sexual e comecei a falar sobre as consequências na minha vida. A minha mãe verbalizou que já havia acontecido e não tinha mais o que fazer. Eu falei que sentia raiva ao escutá-la falando daquela forma, porque era fácil ela dizer isso e não ver o dano que causou na minha vida; fato de ela ter me entregado para ser abusada. No dia seguinte, retomamos o assunto e a minha mãe chorou muito, reconheceu seu erro e me pediu perdão. Ela chorou tanto que até pensei em abraçá-la, mas não consegui,

porque ao mesmo tempo eu estava meio que anestesiada e com uma certa frieza. Eu apenas falei que estava no processo de perdôá-la, mas que somente com a ajuda de Deus é que eu poderia chegar ao perdão. No trabalho, uma amiga falou-me das consequências do abuso que eram evidentes em mim: eu não aceitava ser corrigida e queria controlar tudo, até as pessoas”.

Segundo Merlino (2005), aquele tecido carregado de conteúdo antigo, ao sair do estado de congelamento, libera uma carga de sentimento que surpreende o sujeito.

4.1.6 Sessão 2 de Movimento

O SP relatou estar inseguro e com medo de desabar. O pesquisador colocou que aquele era um espaço em que ela poderia desabafar caso quisesse e que não haveria quaisquer julgamentos. O SP estava sentindo muita raiva, pois sua mãe não o protegeu de seu pai, entregando a sua própria filha ao abusador. Era sua mãe que controlava o dinheiro da casa e foi então pedido a ela que pagasse o tratamento psicoterápico, pois o sujeito estava passando por um processo difícil em sua vida. A mãe falou que o passado não tinha volta e isso causou-lhe mais raiva. No dia seguinte, a mãe pediu perdão e disse que pagaria uma parte do tratamento.

Após a conversa, foi solicitado ao sujeito que caminhasse pela sala e foi relatado que não ele tinha segurança, pois estava sem direção para mover-se.

O primeiro movimento solicitado foi o de trabalhar nos pés com uma bola de tênis para dar percepção e liberar as tensões. Depois foi solicitado que andasse pela sala e percebesse a relação da respiração com o andar. O sujeito relatou que a sua inspiração era mais fácil do que a expiração. Foi questionado a ela se era possível sentir o peso do corpo aterrizando em direção ao chão quando caminhava no momento da expiração, e demandado que, durante a inspiração, percebesse o quanto o hálux poderia participar na fase do impulso dando direção para cima. Sua tendência era segurar o movimento durante a inspiração na região dos ombros. Foi

solicitado o uso da imaginação, como se seus braços fossem águas, correntes em direção ao chão. Foi permitido o tempo necessário ao sujeito, deixando-o livre para se expressar. A narração do sujeito foi de firmeza nos pés, melhora da tensão e percebia mais os sinais do corpo em decorrência dos movimentos executados.

Relato do diário do SP: “depois da sessão de movimento, me senti melhor, com um pouco mais de ânimo para enfrentar tudo que estava passando. Isso porque cheguei no consultório muito mal emocionalmente, fraca e desanimada, como venho me sentindo nos últimos tempos, com vontade de jogar tudo para o alto e desistir até mesmo do processo de vocacionada; do chamado de Deus para minha vida. Mas, recebi este certo ânimo para prosseguir, como também alguns recursos de exercícios e atitudes úteis para eu aprender a lidar melhor com as minhas crises, não me fechando ou sendo tão negativa”.

Se o movimento está bloqueado em algum lugar do corpo, a percepção também está bloqueada. (Godard, 2002 apud Merlino, 2005).

4.1.7 Sessão 5

O SP relatou estar fazendo os exercícios como recurso. Tinha chorado bastante, não sabia se era saudável, mas sentia que estava mais introspectiva. Estava em um momento em que se indagava se conversava com o pai, pois sente as sequelas do abuso e gostaria que o pai pagasse a outra metade do valor da terapia. Nesse período, havia uma oscilação emocional muito grande; ele não estava se importando com seu corpo, comia exageradamente como se estivesse descontando a sua frustração, não praticava os hábitos de exercícios abdominais, somente queria dormir mais.

Ao ser solicitado o andar do sujeito pela sala, o SP relatou perceber melhor os pés no chão e uma oscilação do corpo lateralmente que antes não sentia. O fato de sentir mais os pés trazia-lhe mais segurança.

Durante as manobras, a região do músculo quadríceps E era sensível e, após a intervenção, o SP sentia andar com a perna mais reta. Ao trabalhar o lado D, sentia que esse lado, por alguma razão, estava muito mais tenso. Antes não tinha

essa percepção. Essa diferença fez com que ela percebesse duas sensações: a de estar saindo da negação em relação ao abuso, o que seria positivo, e a de não estar gostando. O SP disse que não se sentia bem em sair com pessoas naquele período, pois estaria usando máscaras para ser: acreditava que poderia ficar bem sem ter que “sair por sair”. Tinha um sentimento de raiva e uma tendência de se fechar.

Após as manobras, sentiu uma sensação de leveza e de estar mais reta, suas pernas estavam firmes e o corpo mais inteiro.

Relato do diário do sujeito de pesquisa: “Nestas últimas três semanas desde que iniciei o processo, tantas coisas aconteceram...Vejo Deus me ajudando a entrar no vale da sombra da morte, porque estou sentindo mais, estou chorando mais, estou compartilhando mais e estou buscando mais a Deus”.

De acordo com CINAPSI (Centro de Diagnóstico e Atendimento em Psiquiatria e Psicoterapia S/C Ltda) apud Bispo (1998)), “a pessoa abusada tem uma sensação muito grande de perda: diminui o ânimo, a confiança, a energia, a capacidade de sentir prazer, o interesse pelas atividades corriqueiras. Pode se sentir vazia de sentimentos sem a sensação de proximidade com as pessoas que ama” (p. 1).

Segundo Merlino (2004), “quando trabalhamos com o Rolfing® estamos lidando com esta matéria interoceptiva, e fatalmente vamos esbarrar no sentimento de emoções”.

4.1.8 Sessão 6

O SP chegou mal ao consultório, havia chorado quase todos os dias. Segundo ele, tinha sofrido muito, queria sair do projeto de vocacionado. No trabalho estava sendo cobrada sua dicção na língua inglesa. A insistência do treinador deixou-a desanimada; sentiu-se exigido, cobrado, avaliado, incapaz e ineficiente. Ao

desabafar, pôde perceber suas dificuldades em ter metas, em canalizá-las e questionou se o seu trabalho era um local onde sentia prazer ou se era apenas um local de segurança para poder pagar suas contas. Neste momento qualquer erro levava-a a um estado depressivo, pois nem sabia quais eram suas verdadeiras habilidades e questionava o por quê das pessoas abusadas não conseguirem terem metas.

Ao ser solicitado para que andasse, o SP relatou sentir bem a relação de seus pés com o chão, mas ainda sentia muita tensão na região dos ombros e pescoço.

Durante a manipulação miofascial, o SP relatou o gosto por ensinar crianças, por isso sua formação em pedagogia. A inexistência de mudança de emprego foi devido ao medo de enfrentar desafios. Lembrou que já tinha trabalhado em loja e era muito elogiada pelos clientes, chegando a receber convites para frequentar a casa deles. Lembrou também que seus amigos a questionavam como conseguia ficar isolada em um escritório o dia todo se ela era extrovertida. O sujeito tinha a certeza de que necessitava estar com pessoas para sentir-se bem.

Após as manobras sentia seu andar mais firme, uma sensação de que algo impulsionava-a para frente, dando-lhe força para tomar decisões.

O relato do SP em seu diário : "Neste dia, após a sessão, comparando com as outras, eu estava bem melhor emocionalmente e, na questão física, o que chamou minha atenção foi a sensação do corpo de ir para frente, era como se meu corpo estivesse falando e me impulsionando para prosseguir."

4.1.9 Sessão 7

Nesta sessão o SP relata bem-estar, estar mais ereta e para frente.

Foi explicado ao sujeito que nesta sessão trabalharíamos na região da cabeça, incluindo manipulações dentro da boca e do nariz.

Durante as manobras o SP ficou assustado com tamanha tensão na região do masseter e na região do pescoço, principalmente no movimento de rotação. Achou estranho o trabalho no nariz e ao mesmo tempo interessante ao perceber a diferença no aumento do volume de ar após a manobra. Na posição sentada com o contato dos pés no chão, o pesquisador solicitou o olhar periférico lentamente pela sala, e a atenção aos sons. O SP achou engraçado ter sido solicitado atentar aos sons. Ela relatou: “não é coisa da minha cabeça, realmente abre-se algo e começa ouvir mais os sons! Que interessante”. Segundo o sujeito, a sensação de conexão e integração foi presente neste momento, vendo a diferença na postura por meio da percepção do sentido da audição. Era um paradoxo a sensação de ser maior internamente e o ambiente também.

Relato do diário do SP: “o tratamento foi na face com manipulações na boca e no nariz. Chamou-me a atenção quando ela me pediu para abrir os ouvidos; estava sentada e ela pediu para sentir a minha cabeça como se estivesse sendo puxada para cima, abrindo meu olhar periférico e ouvidos.

Fiquei surpresa com a extensão da minha cabeça, literalmente era como se os meus ouvidos estivessem sendo abertos, como se o buraco do ouvido tivesse aumentado e, na verdade, não foi isso exatamente, mas pude escutar sons mais nitidamente, é como se até hoje não estivesse escutando bem e naquele momento tive a experiência de escutar. Com isso, meus olhos também se abriram mais, não sei se foi pela própria surpresa em escutar mais nitidamente os sons ou o fato de que escutar melhor me fez também enxergar melhor, porque como os nossos órgãos estão conectados, acredito que um está interligado ao outro.

Outra sensação interessante foi a de me sentir maior e o espaço ao meu redor também, é como se eu estivesse ficando cheia e o espaço ao meu redor ampliado”.

4.1.10 Sessão 8

Após a última sessão, o sujeito relatou estar prestando mais atenção aos sons. Sentia-se bem e fazia certas reflexões em relação às dificuldades na questão do aprendizado da língua inglesa. Sua indagação era: "Será que realmente eu escutava bem as pessoas e os sons em volta?" O sujeito refletiu e chegou à conclusão de que até a última sessão não ouvia bem, por ter se fechado na relação com o meio e as pessoas.

Foi explicado ao sujeito que seria uma sessão de integração do que já havia sido trabalhado anteriormente e, analisando o sujeito ao caminhar e de acordo com suas percepções, a pesquisadora optou trabalhar a região da cintura para baixo.

No decorrer da sessão, o SP sentiu uma leve dor no calcanhar e no qual tem o histórico da fratura. Ao ser solicitado a fazer o movimento em pé como se empurrasse a parede com as mãos bem abertas, as pernas afastadas uma à frente da outra, levando o impulso pelo pé posterior, tinha uma tendência de elevar o quadril direito para cima. Foi solicitado ao sujeito de dar o impulso com o pé direito sem elevar o quadril, e ao mesmo tempo o pesquisador deu direção ao quadril para baixo e o tórax para frente e para cima. Ao término desta manobra, o sujeito de pesquisa sentia um alongamento na região do quadril que anteriormente sentia desconectado e depois algo que estava inteiro.

O SP comentou que agora conseguia perceber melhor seu corpo. Durante seu dia a dia, tentava lidar de uma forma natural, pois antes tinha tendência de se cobrar muito. Com o processo começou a tentar não focar apenas os erros, mas também enxergar os acertos. O fato de caminhar, abrindo a visão periférica e expandindo o sentido do ouvir, tem ajudado muito este processo.

O relato do SP em seu diário: "hoje o que chamou mais a minha atenção foi a área da minha cintura e quadril direito ter sido trabalhada e, assim, ter sentido parte do meu corpo mais esticada e encorpada. Outro ponto foi eu perceber a compensação do quadril na direção para cima ao realizar o impulso do pé. Algo

bastante interessante foi que eu ficava com a base alargada . Após o trabalho em minhas pernas, já consegui ficar em pé, com as pernas encostadas uma na outra. A questão que verbalizei é que eu antes mantinha as pernas afastadas por sentir maior segurança e equilíbrio, e percebi que eu não precisava dessa atitude, pois poderia sentir segurança e base sólida mesmo estando com as pernas mais próximas”.

4.1.11 Sessão 9

Neste encontro o SP relata estar bem, sem queixas, em geral sente-se animado.

A escolha da sessão foi a continuidade da sessão 8, assim o trabalho realizado foi da cintura pélvica para cima. As manobras desde a região do antebraço, da cintura escapular, pescoço e cabeça. Ao andar após as manobras, o sujeito relatou sentir uma sensação de frescor na região do braço direito e de bem estar físico geral, porém as emoções eram mais presentes que o corpo.

4.1.12 Sessão 10

Este encontro foi um tempo de várias reflexões do SP, sendo que no momento que vive sobre estresse, a região do pescoço e ombros fica tensa. O abrir os olhos e a audição chamaram sua atenção. A região lateral direita do tronco se expandiu e o SP sente equilíbrio e segurança mesmo que as pernas não fiquem tão abertas. Tem um padrão que favorece o lado direito e o SP associa ao abuso e ao sentimento de raiva. Quando pequena, isolava no corpo, o corpo se fechou, sendo que algumas partes com mais intensidade. Em relação à audição, foi devido à repressão dos pais. O sujeito não queria conversar e nem ouvir os pais, principalmente em relação ao abuso e à negligência que havia sofrido. Sente que cometeu erros por não ouvir mais as pessoas; projetou essas coisas nas relações com as pessoas, o que na verdade acontecia apenas com os pais.

Foi perguntado pela pesquisadora o que beneficiou toda essa percepção e o sujeito relatou que foi uma surpresa, pois estava mais aberto para o mundo e a vida e na relação com as pessoas. Teve a consciência e a reflexão de que não respeitava autoridades, não gostava de ouvir críticas, não ouvia as pessoas e só falava, mas que agora está mais aberto, com menos resistências, sabe que tem dificuldades, mas mudou a forma de pensar e lidar. A décima sessão, por ser mais superficial, foi de extrema leveza, porém o resultado foi o sujeito sentir-se mais ereto e sentir mais a presença da lordose lombar, que antes não percebia.

4.1.13 Sessão 3 - Movimento

Foi solicitado ao SP se lembrar da sessão de movimento em que foi trabalhada a descarga de peso de um pé e o impulso do outro. Neste momento, foram associados os membros superiores com o movimento de alcançar algo a sua frente. Foram associados todos os movimentos ensinados no decorrer do processo de educação do movimento, o olhar a projeção do tórax antes da pelve, a distribuição de descarga nos pés, o impulso, a direção e a orientação no espaço. Foi ensinado para que o sujeito fizesse em sua casa com elástico. Após os movimentos, o sujeito sentiu-se motivado e cheio de energia. Hoje percebe melhor a diferença desse trabalho mediante a percepção da mudança no nível físico, emocional e espiritual.

4.2 Discussão

Nota-se que o SP apresentou, em grande parte do processo, oscilações de emoções. Forward e Buck (1989) *apud* Bispo (1998) colocam que:

“A culpa das vítimas muitas vezes se manifesta através de sintomas psicossomáticos. Qualquer sintoma associado a tensões musculares que também aparecer de forma combinada e isto as torna profundamente depressivas, levando-as muitas vezes à tentativa de suicídio.”

Confirma-se também a declaração de Rolf sobre episódios traumáticos deixarem suas marcas na vida da vítima de abuso sexual na infância, na qual esses

episódios ficam enterrados na carne do corpo. No caso do SP, antes de iniciar o processo de Integração Estrutural Rolfing, se dizia curado e, no decorrer do processo, pôde perceber as marcas causadas pelo trauma do abuso em sua vida, como tensões musculares, sentimentos de tristeza e raiva.

De acordo com Motta (2003), a imagem do corpo está ligada à vivência de representações, que são objetos da construção dessa imagem. Notadamente, pode-se perceber a comprovação dessa afirmação com os desenhos realizados pelo próprio SP antes e no término do processo, mudança que deixou até mesmo o próprio SP impressionado. Essas mudanças foram significativas para ele, pois ele percebeu a diferença da presença dos pés mais definidos e da idade cronológica correspondente a cada desenho, sendo o primeiro mais infantil e no segundo à um adulto, com o qual ele se identifica. O primeiro desenho não tinha expressão facial, e no segundo, havia uma expressão mais alegre.

A experiência de ensinar movimento não o corrigindo, porém dirigindo-o à fenomenologia dos movimentos, fez com que o próprio SP vivenciasse a experiência e a relacionasse com o contexto das pessoas e do meio, e se deixasse tocar as marcas dos conflitos relacionais do corpo, o que comprova citações de Bretones (2011) e Caspari (2005).

Em uma sessão que se associasse manipulação e movimento dando-se atenção à percepção, é proporcionada uma qualidade de reflexão tanto no físico, emocional, espiritual e energético do indivíduo. Segundo Merlino, (2005) após a liberação de restrições do tecido conjuntivo, o corpo começa a se perceber de uma maneira diferente. O sistema sensório-motor funciona de forma diferente, os movimentos fluem com facilidade desconhecida e novas sensações e percepções surgem.

Em todo o processo deu-se ênfase ao uso da percepção de acordo com Caspari (2005), pois à medida que se trabalha com a percepção, produzem-se efeitos sobre as sensações, acessando o psicológico da pessoa.

O sujeito de pesquisa relata ter atingido seus objetivos, os quais eram conhecer-se melhor e compreender que uma das sequelas do abuso foi a perda da percepção, levando à perda do seu *self*, causando-lhe tensões físicas e alterações comportamentais que dificultavam o relacionamento com pessoas e com o meio.

Com base em Prado (2006):

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

Segundo Cintra (2011), “precisamos do 'dono' do corpo para informar algo que é dele, seu funcionamento, e que muitas vezes ele não sabe como é. Precisamos ser convidados para acompanhá-lo nesse caminho, para juntos chegarmos a algum lugar. Partimos do pressuposto de que não sabemos nada, vamos descobrir alguma coisa em conjunto com o outro”.

De acordo com Landa (2005) *apud* Cintra (2011), “dentro de cada um de nós existe um médico, um poeta e um escultor. O corpo nos oferece mensagens escritas, precisamos do alfabeto para ler essas mensagens. Este médico dentro de mim é uma grande autoridade. Tão grande autoridade que não tem o direito de tocar no corpo do outro sem antes admirar, reverenciar, respeitar esse médico.”

É importante o profissional que atende o cliente vítima de abuso sexual ter a noção de certos cuidados e saber respeitar o tempo do cliente e seus desabafos, não interpretando, julgando e nem concluindo, pois é apenas instrumento desse processo, uma vez que quem dirige o processo é o próprio cliente.

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES

O SP veio de encontro à minha pesquisa, pois ele acreditava que havia sido curado, porém durante o processo de Integração Estrutural Rolfing® e Rolfing® Movimento, em que a percepção foi o instrumento para acessar a sensação, funcionando como ponte entre o físico e o psicológico, obtivemos as seguintes conclusões dos benefícios:

O cliente teve mais consciência de sua percepção corporal, emocional, espiritual.

Durante as sessões de manobras miofasciais e de movimento, a presença e a atenção do cliente foram de extrema eficiência para o processo de reconhecimento de um estado novo ou mesmo de sensações que remetiam a situações passadas de sua vida, como o próprio abuso na infância.

A percepção muitas vezes pode estar adormecida por vários fatores, porém ela pode ser despertada por meios como toques em regiões de grandes tensões e também pelo movimento, fazendo emergir sensações que se tornarão a ponte entre o físico e o emocional.

Os desenhos apresentados no início e ao término do processo mostraram relativa alteração nos pés. Antes do processo, seus pés eram como algo único e, após, eram bem definidos, com a presença de dedos e, como relatado durante as sessões, o SP havia a sensação da presença dos pés e sua atuação como suporte. Além disso, o primeiro desenho era de uma pessoa com características infantis, com rosto congelado, um olhar vazio e sem expressão definida; já o segundo retratava uma figura mais adulta, mais próxima a sua pessoa, seu rosto mais feliz e seu corpo mais proporcional ao tronco e aos braços.

Conclui-se que também houve todo o processo na reconstrução de sua imagem corporal, dando-lhe mais consciência à sua identidade.

A proposta apresentada e solicitada ao SP para se fazer relatórios, diários e desenhos de sua imagem corporal antes e ao término das sessões foram de suma importância como parte de instrumento de validação de quanto o processo foi benéfico.

As mudanças que ocorreram em seu processo foram:

a) Físico: postura melhor para caminhar, base sólida nos pés, pisada firme e segura;

b) Emocional: mudança de emprego, motivação maior no trabalho, ativa para enfrentar os conflitos (como ter enfrentado os pais e, assim, ter obtido a ajuda financeira para dar continuidade ao processo psicoterápico);

c) Percepção: amplitude dos sentidos, principalmente da visão e audição; muitas vezes pôde relacionar suas tensões à sequela do abuso;

d) Em relação à dor no calcâneo nível 1 não houve alteração, apenas a sensação de ter uma pisada mais firme e segura.

A importância de não esquecermos que não somos psicoterapeutas e, sim, colaboradores de um processo.

Alguns níveis de abuso necessitam de ajuda do psicoterapeuta ou algum outro profissional habilitado a medicar seus clientes, pois, como citado na revisão literária, existem casos de pessoas abusadas que sofrem de distúrbios psiquiátricos.

Com esta pesquisa gostaríamos de informar a possibilidade do profissional estar atendendo uma vítima de abuso sexual em que, durante um processo terapêutico, ao serem liberados tensões e movimentos, poderá emergir-se sinais, sintomas, emoções e memórias relacionadas ao trauma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADED, N.L.O. et al. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.4, 2006.

AZEVEDO, M. A.; AZEVEDO GUERRA, V. N. (org.). **Crianças Vitimizadas: a Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

BALLONE, G.J. **Abuso Sexual Infantil**. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/infantil/abuso.html>>. Acesso em 24 julho 2011.

BOIS, D. **Tônus e Toque Psicotônico**. In: CURSO DE FORMAÇÃO DE FASCIATERAPIA E SOMATO-PSICOPEDAGOGIA, 2006, São Paulo. Apostila. São Paulo: 2006, p.22

BISPO, M. E. N. N. **Terapia Familiar no Abuso Sexual: uma Vivência, monografia para obtenção para o título de especialista em Terapia de Casal e Família do Núcleo de Família e Comunidade**. 1998. XX f. Dissertação (Pós Graduação em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

BLANCHARD, J. **Sexual exploitation**. In: AGAINST THE SEXUAL EXPLOITATION OF CHILDREN, 1996, Brasília. Resumo. Brasil, 1996.

BOUHIS, M.C. **Energie et bien-être par le mouvement**. Le classique de la méthode Feldenfraiss, éd. Dangles, coll. Psychologique-soma, 1993.

BRETONES, H. **Rolfing a duas pessoas: Integração Estrutural - Rolfing® e processo terapêutico - Estudo de caso**. 2011. 96 f. Dissertação (Pós- Graduação em Rolfing®) - Centro Universitário Ítalo Brasileiro, São Paulo, 2011.

CASPARI, M. **Lógica Funcional da Receita**. Rolfing Brasil. São Paulo, v.6, n.18, p. 4-31, 2005.

CASPARI, M.; ZORN, A. **Além da receita: Rolfing® de orientação processual**. Rolfing Brasil. São Paulo, v.4, n.18, p.9-14.

CINTRA, M.R.M. **O Conceito da Autotomia na Prática da Integração Estrutural Rolfing®**. 2011. XX f. Dissertação (Pós-Graduação em Rolfing®) - Centro Universitário Ítalo Brasileiro, São Paulo, 2011.

CUKIER, R. **Sobrevivência Emocional: as dores da infância revividas no drama adulto**. São Paulo: Ágora, 1998.

Documentário sobre Ida Rolf, internet, disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=LaUwROROJts&feature=related>>, acesso em 15 outubro de 2011.

Documentário sobre Ida Rolf, internet, disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=OeeqmLYT-CA&feature=related>> , acesso em 15 outubro de 2011.

FINKELHOR, C.F.; SOUCEBOOK, D. **On Child Sexual Abuse**. Newbury Park, CA. Sage publications, 1996.

FORTES, C. **Todos contra a pedofilia**. Disponível em: <http://todoscontraapedofilia.ning.com/profiles/blogs/estatisticas-relativas-a>. Acesso em 28 fevereiro 2012.

FORWARD, S. **A traição da inocência: o incesto e sua devastação**. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

GRANDE, C.Z. et. AL. Transtorno de Estrés Postraumático em Adolescentes Agredidos. **Medicina Legal de Costa Rica** 20 (2).

HAI-YAHIA, M.M.; TAMISH, S. The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. **Child Abuse & Neglect**. Iran, v.25, n.10, p.1303-1327, 2001.

HOSPITAL PEROLA BYINGTON. **Centro de referência da saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.hospitalperola.com.br/>>. Acesso em 26 de fevereiro de 2012.

IMBER-BLACK, E. **Os segredos na Família e na Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KEEN, L. K. A Ética do Toque. **Rolfing Brasil**. São Paulo, v.9, n.28, p.10-15, 2009.

KISIEL, C.L.; LYONS, J.S. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. **American Journal of Psychiatry**. Chicago, v.158 n.7, p.1034-1039, 2001.

KUDO, D.; BISPO, M.E.N. **Abuso sexual**. Palestra sobre abuso sexual. São Paulo, 2011.

KURTZ, R. Lidando com Emoções. **Rolfing Brasil**. São Paulo, v.7, n.20, p.6-9, 2006.

LEVINE, P. **O Despertar do Tigre: Curando Trauma**. São Paulo: Summus, 1999.

LANGBERG, D.M. Sobreviventes de Incesto Anônimos. Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 2002.

MACFIE, J.; CICCHETTI, D.; TOTH, S.L. Dissociation in maltreated preschool-aged children. **Child Abuse & Neglect**. Cambridge, v.25, n.9, p.1253-1267, 2001.

MAITLAND, J.; SULTAN, J. **Definition and principles of Rolfing®**, in RolLines, Spring, Boulder: RolfInstitute press. p.16-20. 1992.

MARQUES, M. A. B. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MENEGATTI, J.A. Rolfing, Função Tônica e Movimento - Parte I. **Rolfing Brasil**. Ilha Bela, v.4, n.11, p.3, 2003.

MERLINO, M. L. Das Emoções. **Rolfing Brasil**. São Paulo, v.5, n.14, p.17-18, 2004.

MERLINO, M.L. **O Rolfing como Agente Restaurador da Comunicação entre Corpo e Ambiente**. Dissertação de conclusão de curso. (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. **Rolfing Brasil**, n.17, p.7-11, 2005.

MOTTA, R. A Imagem Corporal e as Sensações na Prática do Rolfing® e do SE. **Rolfing Brasil**. Bauru, v.7, n.24, p. 4-6, 2007.

MOTTA, R. **Avaliação da imagem corporal durante o processo do Rolfing®**. 2003. 124 f. Trabalho de conclusão de curso. (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NUNES, C.A. **A Psicomotricidade na Educação Infantil**. Tese de pós-graduação "Latu Sensu", Projeto vez do mestre. Internet, disponível em: <<http://www.avm.edu.br/monopdf/7/CATIA%20APARECIDA%20NUNES.pdf>> . Acesso em 15 de jan. de 2012.

ORLANDO, M.H.S. **Integração Estrutural Rolfing® como Agente Integrador entre Postura Corporal, Comportamento e Qualidade de Vida: Estudo de caso**. 2010. Monografia (Pós- Graduação em Rolfing®), Centro Universitário Ítalo Brasileiro. São Paulo, 2011.

PELEIKIS, D.E.; MYKLETUN, A.; DAHL, A.A. The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. **Child Abuse & Neglect** 28. p.61-76. 2004.

PRADO, P. O. B. **Estudo Exploratório da Dimensão Psicobiológica do Método Rolfing de Integração Estrutural: Criação, Desenvolvimento e Avaliação de Questionários**. 2006. 539 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

QUEIROZ, K. **Abuso Sexual. Conversando com esta realidade**. CEDECA-BA, 2003. Disponível em: <http://www.violencia-sexual.org.br/texto/PDF/abuso_sexual_katia_keiroz.pdf>. Acesso em 10 jun. 2003.

ROELOFTS, K. et. al. **Childhood abuse in patients with conversion disorder**. American Journal of Psychiatry n.159, p.1908-1913, 2002.

ROLF, I. P. **Rolfing - A Integração das Estruturas Humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

ROSSI, C.P. **Rolfing® Integração Estrutural como Terapia Complementar em Caso de Transtornobipolar: Estudo de caso**. 2010. Monografia (Pós- Graduação em Rolfing®), Centro Universitário Ítalo Brasileiro. São Paulo, 2010.

_____. **Rolfing - A Integração das Estruturas Humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **The Ida P. Rolf Library of Structural Integration**. Disponível em: <<http://www.pedroprado.com.br>>. Acesso em 24 de jul. de 2011.

SCAER, R. *The Body Bears The Burden: Trauma, Dissociation, and Disease*. Binghamton: The Haworth Medical Press, 2001.

SHARMA, B.R. Disorders of sexual preference and medicolegal issues thereof. **American Journal of Forensic Medicine and Pathology** v.24, n.3, p.277-282, 2003.

SILVA, A. N. N. **Abuso Sexual de Criança**. 1998. Departamento de Psicologia Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SURRAT, H.L.; INCIARDI, J.A.; KURTZ, S.P.; KILEY, M.C. - Sex work and drug use in a subculture of violence. **Crime & Delinquency**. v.50, n.1, p.43-59, 2004.

The Ida P. **Rolf Library of Structural Integration**. Disponível em <http://www.pedroprado.com.br>, acesso em 24 de jul. de 2011.

YSTGAARD, M.; HESTETUN, I.; LOEB, M.; MEHLUM, L. - Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? **Child Abuse & Neglect**. v.28, n.8, p.863-875, 2004.

ZAVASCHI, M.L.S. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.24, n.4, p.189-195, 2002.

Sobreviventes de incestos anônimos. <http://www.pr.gonet.biz/kbase/kb132.htm>

GLOSSÁRIO

Self-sense: sensação corporal.

Kinesfera (ou cinesfera): definida como o espaço que nos cerca, que pode ser alcançado com as extremidades do corpo.

Miofascial: envoltório de tecido conjuntivo especialmente na fibra muscular e músculo.

ANEXOS

ANEXO A – Entrevista Inicial - NAPER

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: _____

3 - Local de nascimento: _____

4 - Estado civil: (01) solteiro (02) casado/juntado (03) separado (04) viúvo (05) divorciado

5 - Tem filhos? (01) sim (02) não

6 - (Se sim) quantos? _____

7 - Formação escolar:

(01) analfabeto (02) pré-escola (03) 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

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

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

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

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

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

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

15 - Como ficou sabendo do Naper?

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

(07) Outras formas - especifique: _____

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

17 - Se sim, com quem? _____

18 - Quantas sessões de Rolfing você fez? _____

PARTE II

PARA SER PREENCHIDO PELO ROLFISTA

19 - Por que você está procurando o Rolfing®?

FÍSICAS: (01) Estruturais (02) Funcionais

PSICOBIOLOGICAS: (03) Emocional (04) Cultural (visão de mundo)
(05) Espiritual (06) Energética

OUTRAS: (07) Interesse pela técnica
(08) Diversos
(09) Retorno

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

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

20 - Como você se sente em relação ao seu corpo? () 1 péssimo

() 2 ruim

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

20 A - Comentários _____

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

22 - Qual (is)? _____

22 A - Que efeitos isto tem na sua vida? _____

22 B - Como lida com isto? _____

23- Tem dor física? (01) Sim (02) Não

DOR A

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo? _____

25 - Há quanto tempo? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

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

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

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

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

DOR B

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

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

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

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

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

DOR C

24- Localização: _____

25- Há quanto tempo você possui esta dor? _____

26- Qual a periodicidade? _____

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

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

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

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

DOR D

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo você possui esta dor? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

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

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

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

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

29 A - E como estas dores o afetam? (*fisicamente, emocionalmente, qualidade de vida, 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- Qual (is)? _____ (01) Alopático (02) Homeopático/Alternativo

41- Para quê? _____

42- Por quem foi prescrito? _____

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

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

Especificar

- (a)- sistema respiratório
- (b) sistema vascular
- (c)- sistema imunológico
- (d)- sistema ósteo-esquelético
- (e)- sistema digestivo
- (f)- sistema neurológico
- (g)- emocional

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

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

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

() 2 ruim

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

45 A - Comentários _____

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

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

47- Há quanto tempo? _____

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

49 - Por quanto tempo? _____

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

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

Qual(is)? _____

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

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

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

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- NAPER**Relatório do Cliente - NAPER**

Data: _____ Nome do rolfista: _____

Nome do cliente: _____

ENTREGAR RELATÓRIO PARA CLIENTE PREENCHER AO FINAL DO PROCESSO

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

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

2A - Comentários: _____

3 - Como foi o processo para você? () 1 péssimo

() 2 ruim

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

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

3B - Que mudanças você percebe? _____

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

4A - Comentários: _____

5 - Como você se sentia emocionalmente após o processo de Rolfing? () 1 péssimo

() 2 mal

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

Como você se sentia emocionalmente antes do processo de Rolfing? () 1 péssimo

() 2 mal

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

5 A – Comentários: _____

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

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

DOR A

7- Local da dor: _____

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

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

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

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

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

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

Qual a intensidade desta dor, após o processo de Rolfing?

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

DOR B

7- Local da dor: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

DOR C

7- Local da dor: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10 - Você tem algum comentário a fazer? _____

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

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

13A - Comentários _____

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

15 - Algum outro comentário que gostaria de fazer ? _____

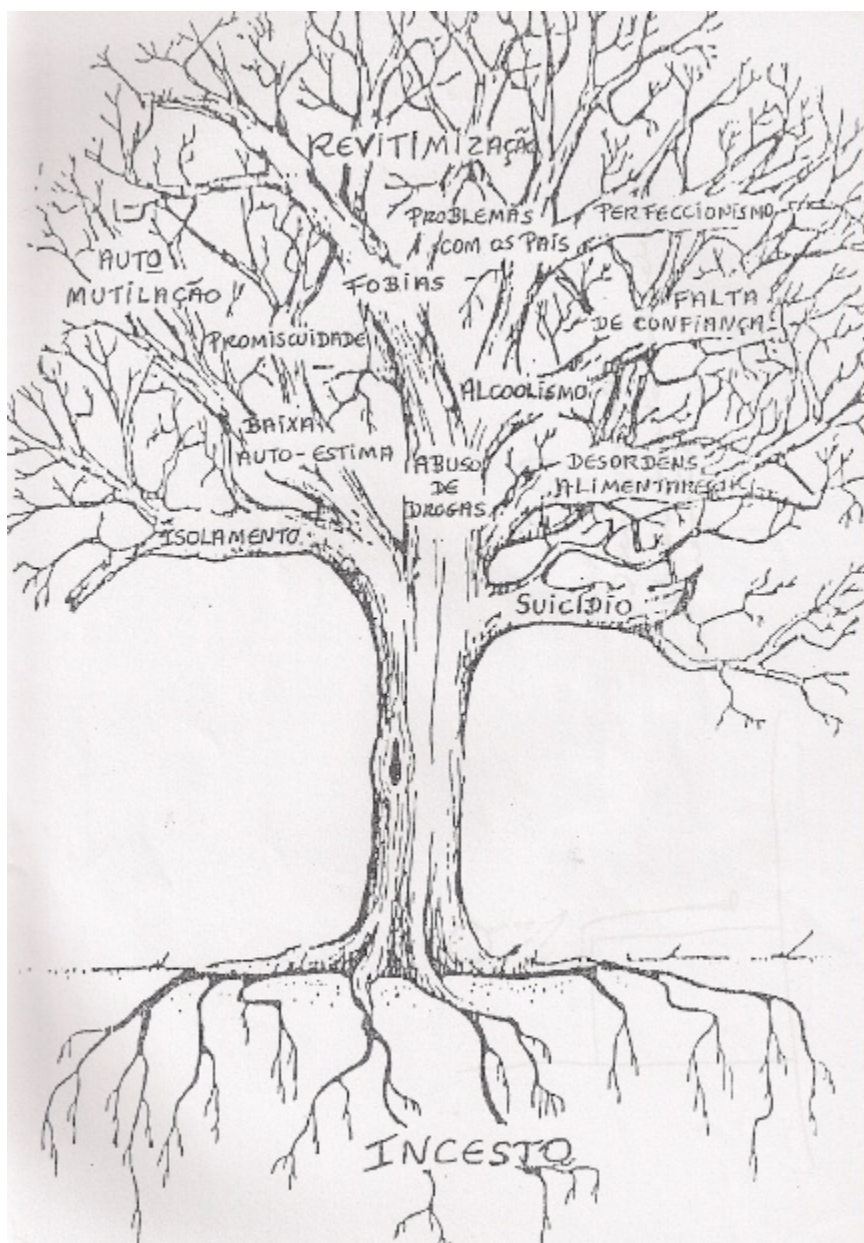
ANEXO C

Desenho da auto-imagem feito pelo sujeito de pesquisa antes do processo

ANEXO D

Desenho da auto-imagem feito pelo sujeito de pesquisa após o processo

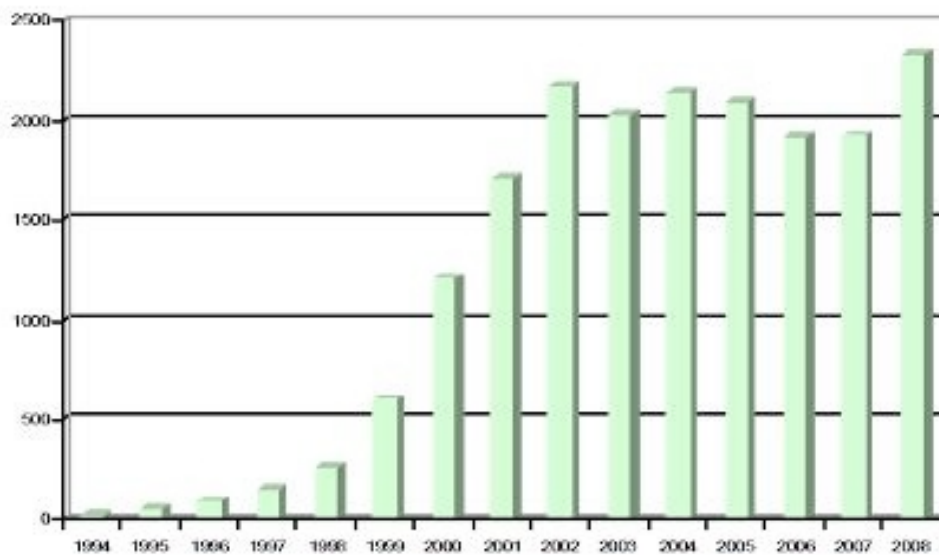
ANEXO E



Fonte: Sobreviventes de Incesto Anônimo (1996) apud Bispo (1998).

ANEXO F

Distribuição do total de casos novos de violência sexual por ano



Fonte
Centro de Referência de Saúde da Mulher, 2009

 Cruznet, J. 2009.
Centro de Referência de Saúde da Mulher

ANEXO G

Termo de consentimento livre e esclarecido

A pesquisa "O Benefício da Integração Estrutural Rolfing® no processo Terapêutico em Adulto Vítima de Abuso Sexual na Infância" está sendo realizada com a finalidade de conclusão do Curso de Pós-Graduação em Integração Estrutural - Rolfing® no ano 2011, Centro Universitário Ítalo Brasileiro - UniÍtalo, localizado na Av. João Dias, 2046, Santo Amaro e tem como objetivos:

- Investigar e relacionar o que pode emergir em um sujeito de pesquisa adulto vítima de abuso sexual na infância em um processo de sessões de Integração Estrutural Rolfing®.
- Avaliar se a percepção promove um resgate dos efeitos da dissociação traumática em adulto vítima de abuso sexual.

Os instrumentos de pesquisa que farão parte do estudo:

- _ Entrevista inicial (PRADO) (2006) preenchida pelo sujeito de pesquisa para coleta das informações pessoais;
- _ Relatório do Cliente (PRADO) (2006) preenchido pelo sujeito de pesquisa ao término do processo, em que poderá fazer uma avaliação comparativa dos benefícios do processo;
- _ Anotações feitas pela pesquisadora, após cada sessão (SOAP NOTES), para analisar as experiências subjetivas em relação à parte estrutural e psicobiológica;
- _ Fotos de avaliação postural com visão antero-posterior e perfil antes da primeira, após a terceira, a sétima e a décima sessão, para análise estrutural;
- _ Um desenho feito pelo sujeito de pesquisa antes e depois do processo de como ela se vê.

O tratamento consistirá em dez sessões de Rolfin®Estrutural e três sessões de Rolfin® Movimento com duração de 1 hora e 15 minutos cada, e se realizará no consultório situado na Rua Estela, 515, Bloco D Conjunto 12, Vila Mariana, São Paulo-SP. As sessões serão realizadas em, no máximo, duas sessões por semana e, no mínimo, uma; podendo as sessões eventualmente causar desconforto e dores em localizações variadas. As sessões não oferecem riscos.

Ao término das sessões o sujeito de pesquisa poderá referir se ao focar a percepção haverá a possibilidade de novas experiências e sensações tanto somáticas e psicobiológica.

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 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 haja necessidade, entrar em contato com o pesquisador responsável Rubia Sayuri Takashima, telefone (11) 9979-8490 e orientador Dr. Pedro Otávio Barretto Prado, telefone (11) 3672-7002.

Concordo em participar voluntariamente desse estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

São Paulo, 05 de Outubro de 2011.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa