

Rolfing® e lesão de medula óssea – uma experiência

Yeda Bocaletto

Vou relatar, aqui, a experiência de rolfar pessoas com lesão de medula óssea, que tive no ano de 2001, num programa chamado Shake-A-Leg.

O Programa - Shake-A-Leg

No ano passado foram anunciadas, no “Fascial Flashes” e no “Rolf Forum”, vagas para rolfistas trabalharem com pessoas com lesão medular, no programa Shake-A-Leg.

O objetivo do programa é dar maior autonomia para pessoas com lesão medular ou com outros tipos de lesões neurológicas, como paralisia cerebral. Porém, a maior parte dos participantes são pessoas com lesão de medula.

Shake-A-Leg é um programa multidisciplinar que oferece aos participantes atividades diárias por 5 semanas, no programa adulto e, por 2 semanas, no programa infantil.

As atividades oferecidas são: fisioterapia, terapia ocupacional, condicionamento físico, mobilidade em cadeira de rodas, hidroterapia, palestras (com nutricionistas, psicólogos, de vocação profissional, de recursos e equipamentos para pessoas com limites físicos, etc), yoga, meditação, massagem, Reiki e Rolfing®. Além disso, oferece também uma grande gama de atividades lúdicas como: velejar, andar de caiaque, esquia aquático, bicicleta manual, empinar papagaio, ir a concertos, shows, teatro, cinema, restaurantes, praia, etc – tudo adaptado para pessoas que usam cadeira de rodas.

O programa é realizado todos os anos por uma organização não governamental, na cidade de Newport, estado de Rhode Island, nos Estados Unidos.

Eu mandei meus documentos (“application”) e fui aceita como voluntária para o programa adulto de 2001.

Estivemos, por 5 semanas, terapeutas e participantes, em convivência intensa. Dormíamos, comíamos, trabalhávamos e nos divertíamos, todos, nos mesmos locais – nos dormitórios, no refeitório, no prédio onde conduzíamos as sessões profissionais e nos locais onde aconteciam as atividades lúdicas.

Lesão Medular – Paraplegia e Tetraplegia

A maioria dos participantes eram pessoas que tinham lesão de medula óssea, ou seja, eram paraplégicos ou tetraplégicos. Vou explicar sucintamente algumas características deste tipo de condição.

A lesão na medula ocorre, em geral, em função de um trauma na coluna vertebral (fratura, deslocamento, etc). Esse trauma pode provocar cisão da medula - em função de deslocamento das vértebras - ou lesão nas células nervosas da medula - em função do edema que ocorre na região traumatizada da coluna.

Quando as células nervosas são lesadas ocorre interrupção da comunicação entre o cérebro e as partes do corpo enervadas da região da lesão para baixo. Ou seja, se houve uma lesão entre as vértebras T10 e T11, todas as partes do corpo enervadas pelas raízes nervosas que saem desta junção e das junções vertebrais abaixo ficam sem comunicação com o cérebro. Elas não recebem mais informações e comandos vindos do cérebro, assim como o cérebro não recebe mais informações vindas destas partes do corpo, ou seja, do que estas partes do corpo sentem (portanto, estas não possuem mais sensação). A comunicação nervosa eferente e aferente é cortada.

Dependendo da altura da lesão na coluna (as lesões são denominadas pelas vértebras a partir das quais a comunicação é interrompida), a pessoa fica com os membros inferiores comprometidos – paraplegia – ou com os membros inferiores e superiores comprometidos – tetraplegia. Em geral, lesões lombares e torácicas deixam as pessoas paraplégicas, ou seja, com comprometimento dos membros inferiores, e as lesões cervicais deixam as pessoas tetraplégicas, comprometendo tanto os membros inferiores quanto os superiores.

Há também lesões completas e incompletas. Lesão completa ocorre quando não há mais nenhuma comunicação entre o cérebro e as partes do corpo enervadas pela região da lesão para baixo. Lesão incompleta é aquela onde existe algum tipo de comunicação entre o cérebro e as partes do corpo enervadas na altura da lesão ou abaixo. Assim, em lesões incompletas, algumas pessoas perdem o movimento, mas possuem sensações (por exemplo de pressão, ou de temperatura); outras possuem movimento voluntário em alguns músculos específicos, mas não no conjunto deles, impedindo o movimento.

Existem outras variações específicas, como diferentes alturas de lesão de um lado ou outro das vértebras ou casos de hemiplegia, por exemplo, que não vou me aprofundar aqui.

Acho importante observar que o funcionamento das vísceras também fica comprometido pois a comunicação autônoma simpática e parassimpática também é comprometida. Assim, por exemplo, regulação de temperatura corporal e evacuação (controle dos esfíncteres urinário e fecal) passam a ser alvo de tratamento diferente na vida dessas pessoas.

Lesão Medular e Rolfing®

Cada participante do programa tinha, pelo menos, 2 sessões de Rolfing® por semana, que ocorriam com o mesmo Rolfista ou com 2 Rolfistas diferentes. Em 2001, haviam 4 Rolfistas trabalhando.

De um modo geral, os participantes gostavam muito das sessões de Rolfing®. Eles viam nas sessões um momento para aliviar as dores da sobrecarga muscular provocada pelo acúmulo de atividades (condicionamento físico, fisioterapia, aulas de mobilidade em cadeira de rodas, hidroterapia, etc).

Assim, nós fazíamos um trabalho de “pronto-socorro”, um trabalho voltado para o relaxamento miofascial de membros superiores e coluna, em função da demanda dos participantes e da própria dinâmica do programa.

Porém, além do trabalho de relaxamento miofascial, eu trabalhei com recursos mais sofisticados da técnica de Rolfing® no tratamento dos participantes.

Os padrões corporais mais presentes neste grupo eram os de rotação interna de ombro, cifose torácica, pescoço e cabeça projetados para frente. Estes padrões têm relação direta com o esforço muscular repetido e com a postura e “gingado” corporal exigidos pelo trabalho de empurrar a cadeira de rodas.

Muito comum também eram as torções de pelve e de coluna em função de formas repetidas de sentar e se apoiar na cadeira de rodas e/ou em função de diferenças na altura da lesão em um lado e outro da coluna (o que possibilita alguns movimentos de um lado do corpo, mas não do outro, criando desequilíbrios).

Em função destes padrões e da quantidade de atividades que eles realizavam no programa, os participantes apresentavam bastante desconforto e dor nos ombros, ao redor e entre as escápulas e na coluna cervical e torácica.

Levando em conta os padrões posturais e rotações dos participantes, orientei meu planejamento de sessão e intervenções, através dos princípios do Rolfing® – holismo, adaptabilidade, suporte, palintonicidade e integração/fechamento.

Assim, depois do trabalho inicial de adaptabilidade – de abertura das camadas mais superficiais, de preparação do tecido – precisei responder a uma questão para poder prosseguir o trabalho: de onde vem o suporte das pessoas com lesão medular?

O suporte já não vem mais dos pés e das pernas. Também não dava para afirmar que o ele vinha da pelve, pois o suporte que a pelve fornece é um suporte físico passivo (pelo volume, pela anatomia, pelas articulações), e não um suporte ativo, dado pela presença de movimento e pela consciência.

Num primeiro momento, considerei que, para os paraplégicos – especialmente os com lesões mais baixas, em vértebras lombares ou últimas torácicas – a coluna seria uma estrutura que

forneceria suporte para eles. Algo como um “suporte axial” (se me fosse permitido assim expressar). Mas percebi que a coluna é uma estrutura muito frágil para fornecer suporte, embora ela seja um elemento importante de organização da palintonicidade e do equilíbrio para os portadores de lesão medular, assim como para os não portadores.

Depois observei que a caixa torácica como um todo (ou seja, a coluna em relação ao esterno, às costelas, o diafragma respiratório e todas as outras estruturas relacionadas - músculos, ligamentos, fâscias, pulmões, etc) era a estrutura de suporte.

Para os paraplégicos que possuem lesões lombares e nas últimas torácicas, a caixa torácica e o diafragma respiratório fornecem um bom suporte, inclusive consciente, uma vez que eles possuem sensações, propriocepção, controle e movimento voluntário nesta região.

Mas a questão ainda não estava totalmente respondida: e no caso de portadores de lesões torácicas mais altas e de tetraplégicos, qual a estrutura ou elemento que fornece suporte?

Considereei, então, que a respiração era um elemento de suporte importante para os tetraplégicos e portadores de lesões torácicas altas. Assim, o movimento de expansão e retração da caixa torácica, produzido pela inspiração e expiração, aquele que acontece a partir de uma expansão e retração visceral interna dos pulmões, passou a ser um elemento chave em meu trabalho.

Trabalhei com os participantes, o acesso consciente e voluntário da respiração, assim como a sensação interna, de entrada e saída de ar pelas vias respiratórias. Exploramos a percepção do movimento de expansão e retração do tórax e o efeito que isso tinha na postura, no conforto, na qualidade de movimento e no equilíbrio.

A expansão da caixa torácica através da inspiração contribui para dar maior volume nas três dimensões (frente-trás, lado-lado e cima-baixo) e para dar maior abertura na frente do tórax. Com um maior volume torácico, com mais dimensão e movimento no tronco, os portadores de lesão medular, tanto tetraplégicos como paraplégicos, ganham mais equilíbrio, mais suporte, e uma melhorar a relação com a força da gravidade. Esse movimento de expansão e retração

possibilita um maior e melhor suporte estrutural e funcional para o pescoço, cabeça e cintura escapular, assim como para os movimentos de ombros e braços.

Outro trabalho relacionado com a respiração e com a caixa torácica foi o de “sintonização” dos diafragmas, o de acordar e relacionar os diafragmas – o respiratório, o anel torácico, o assoalho da boca, o céu da boca e o topo do crânio. Sempre considerando os diferentes níveis de lesão e, portanto, diferentes níveis de sensação, consciência e possibilidade de movimento, este trabalho contribui para melhora do suporte, assim como, da adaptabilidade e da palintonicidade dos participantes.

Importante, também, foi o trabalho de des-rotação de pelve e coluna, que envolviam encurtamentos de músculos de um dos lados do corpo. Algumas vezes, de músculos que já não mais possuíam comunicação com o cérebro. Porém, o trabalho mecânico nestes músculos e fâscias se mostrou eficiente no “release” de encurtamentos e, portanto, na restauração do equilíbrio estrutural.

Juntamente como trabalho estrutural, me utilizei também do trabalho de movimento, para despertar a consciência das rotações nos participantes. Através das técnicas de Rolfing® Movement, os participantes passavam a ter mais atenção com sua postura, com sua auto-imagem, passavam a posicionar seus corpos de maneira mais alinhada na cadeira de rodas, ganhando mais equilíbrio. Passavam, por exemplo, a deixar a pelve alinhada na cadeira, e não rodada, ou a equilibrar seus apoios de braço de modo semelhante nos dois lados da cadeira, etc.

Assim, o Rolfing® e o Rolfing® Movement, além de serem terapias importantes dentro do conjunto do programa Shake-A-Leg, são instrumentos valiosos no tratamento de pessoas com lesão medular, pois contribuem para a melhora da qualidade de vida, para maior independência, para a ampliação da consciência corporal, para o aumento da flexibilidade e da amplitude de movimento, para o desenvolvimento de movimentos mais funcionais e para o equilíbrio.

Continuum e Somatic Experiencing®

Não trabalhei com técnicas de Continuum neste programa, mas com certeza esta técnica traria bastante benefícios para esta população uma vez que traz e/ou mantém a vivacidade dos tecidos, a qualidade “líquida”, contínua e fluida dos tecidos que, no caso das pessoas com lesão medular, tendem a perder esta qualidade em função do “contágio” da paralisia e da repetição de certos movimentos. Porque o Continuum permite o contágio inverso, o dos micro movimentos de áreas que os possuem para áreas que não os possuem, permitindo que os tecidos respirem, que o sangue flua, que a “vida” se espalhe. E, particularmente, porque o Continuum trabalha com e através de técnicas de respiração, trazendo movimento à caixa torácica.

Outro trabalho que acredito ser muito importante para pessoas com lesão medular é o de Somatic Experiencing®. A maioria dos participantes teve sua lesão em decorrência de grandes traumas, particularmente, acidente de carro, mas também em função de cirurgia, atropelamento, acidente esportivo, etc.

Por várias vezes cheguei a presenciar expressões de tristeza, ressentimento, inconformidade, raiva, negação, incapacidade de lidar com a situação, depressão, abandono, orgulho, desistência, vergonha, culpa ...

Com certeza o trabalho com o trauma os ajudaria a superá-lo, a se abrirem novamente para a vida e a lidar com a nova situação em que eles se encontram.

Yeda Bocaletto é Rolfista Estrutural e de Movimento

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que me deram suporte e me possibilitaram participar e aprender neste programa e, em especial, a todos os participantes de Shake-A-Leg.

ROLFING BRASIL Ano III N. 8, São Paulo, SP, agosto de 2002, pp.7-9

AUTOR: Bocaletto, Yeda