

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

TÂNIA MARIA FORLANI

**AS FASES DA CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO
COM O MÉTODO INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL
ROLFING®**

SÃO PAULO
2014
TÂNIA MARIA FORLANI

**AS FASES DA CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO
COM O MÉTODO INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL
ROLFING®**

Monografia apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para conclusão do curso de Pós-Graduação em Integração Estrutural Rolfing® com orientação do Prof. Dr. Pedro Otavio Barreto Prado.

**SÃO PAULO
2014**

TANIA MARIA FORLANI

**AS FASES DA CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO COM A ABORDAGEM DO
MÉTODO INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL ROLFING®**

Monografia apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para conclusão do curso de Pós-Graduação em Integração Estrutural Rolfing® sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Otavio Barreto Prado.

Nota _____

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Assinatura-----

Assinatura-----

Assinatura-----

Dedico este trabalho aos clientes que participaram confiando e compartilhando suas dores, seus sofrimentos, parte de suas vidas e do seu tempo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente pela colaboração, compreensão, e paciência ao orientador Prof. Dr. Pedro Otavio Barreto Prado e à Profa. Dra. Daniele Seo.

Obrigada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro pelo programa de Pós-Graduação para formação na especialidade em Integração Estrutural Rolfing®.

Obriga ao corpo de professores, aos funcionários e à direção da Associação Rolfing® do Brasil. Aos colegas de formação nas diversas etapas da certificação no Método Integração Estrutural Rolfing®.

Agradeço em memória ao meu pai e ao meu sogro, à minha sogra, que estimo como mãe, pelas palavras de apoio e pelos fins de semana estudando juntas. Agradeço à minha mãe pelas palavras de incentivo e dedicação em toda a minha vida.

Obrigada em especial ao amigo, professor e companheiro de trabalho e jornada Dr. Romulo Brasil Filho, pelos seus comentários, pelas suas orientações e pelo seu jeito simples de ser e por estar sempre disponível a quem quer que procure conhecimento na área médica.

Agradeço também às amigas de trabalho, em especial Fernanda, Kátia e Andrea, que contribuíram nas horas de descanso em me ajudar dentro das suas habilidades na organização e finalização desta monografia.

Obrigada às minhas irmãs, em especial à minha irmã Alma, que tanto tempo despendeu em ajudar na realização deste trabalho.

Obrigada, por todo carinho, atenção e tempo que dispensou neste trabalho, me apoiando em todas as vezes em que eu quis desistir, obrigada Phillip. Às minhas filhas, de quem tive que me distanciar para a realização deste trabalho, obrigada pela compreensão.

“É preciso que o pensamento da ciência-pensamento”[...] “no solo do mundo sensível e do mundo trabalhado tais como são em nossa vida, por nosso corpo, não esse corpo possível que é lícito afirmar ser uma máquina de informação, **mas esse corpo atual que chamo meu, a sentinela que se posta silenciosamente sob minhas palavras e meus atos**”.

MERLEAU-PONTY, Maurice. O olho e o espírito. SÃO PAULO: Cosac & Naif, p14. 2004.

RESUMO

Este estudo de caso procurou verificar se o Método Integração Estrutural Rolfing® traz resultados para o tratamento da Capsulite Adesiva do ombro, nas suas três fases: aguda ou hiperálgica, congelamento ou rigidez e descongelamento. Ruggi (2011) já havia apresentado bons resultados ao utilizar esta forma de tratamento em um cliente com esta patologia. No presente trabalho, a autora realizou uma série de 15 sessões de tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing® em três clientes, cada um em uma das fases da patologia. A evolução da patologia com o tratamento foi avaliada por meio dos questionários **Naper**, a escala **EVA**, o **Teste Simples de Ombro** e fotografias das posturas dos clientes. Foi possível demonstrar que o Método Integração Estrutural Rolfing® beneficiou os três clientes, sendo que a melhora dos sintomas foram diferentes em cada caso. O Método Integração Estrutural Rolfing® promoveu mudanças posturais que favoreceram a reabilitação dos movimentos restritos pela patologia. Os três clientes atendidos apresentaram ao final das quinze sessões alguma limitação de movimento do ombro afetado, mas todos perceberam os benefícios que o Método Integração Estrutural Rolfing® proporcionou para a reabilitação da restrição articular e para a melhora do quadro de dor.

Palavras chave: Integração Estrutural Rolfing®, Capsulite Adesiva, Ombro Congelado.

SUMMARY

This case study sought to verify the effects of Rolfing® Structural Integration on clients in three stages of adhesive capsulitis of the shoulder: acute or “freezing”, “frozen” and “thawing”. Ruggi (2011) had already shown good results with this form of treatment on one client with this pathology. In the present study, the author conducted a total of 15 treatment sessions with the Rolfing®-Structural Integration Method on three clients, each one in a different stage of pathology. The clients’ progress was assessed through the NAPER questionnaires, the VAS scale [Visual analogical scale], the Simple Shoulder Test, and before-and-after photos showing the patients’ postures. All three patients benefitted from the treatments, although the relief of symptoms varied in each case. In particular, it seems that restoration of motion was facilitated by the postural improvements brought about by the Rolfing® treatments. Though at the conclusion of the treatments each client still had some limitation of movement in the affected shoulder, all clients perceived the benefits of Rolfing® - Structural Integration Method for reducing both motion restriction and pain.

Keywords: Rolfing® - Structural Integration Method, adhesive capsulitis, frozen shoulder.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
CAPÍTULO 3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Introdução ao Método Integração Estrutural Rolfing®	15
3.1.1	O princípio do holismo	17
3.1.2	O princípio da adaptabilidade	18
3.1.3	O princípio do suporte	18
3.1.4	O princípio da palintonicidade	18
3.1.5	O princípio do fechamento	19
3.2	A fásia	19
3.2.1	Considerações gerais.....	19
3.2.2	A importância da fásia no Método Integração Estrutural Rolfing®	23
3.3	Capsulite Adesiva de ombro.....	26
3.3.1	Classificação	26
3.3.3	Diagnóstico.....	27
3.3.4	Evolução	28
3.3.5	Tratamento.....	29
3.4	Anatomia e biomecânica do ombro normal e ombro com Capsulite Adesiva.....	30
3.5	Rolfing® movimento.....	32
3.6	Tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing® para Capsulite Adesiva de ombro .	34
CAPÍTULO 4	METODOLOGIA	39
4.1	Métodos de avaliação	39

4.1.1	Questionário padrão do Naper , anexo (1)	39
4.1.2	Questionário padrão do Teste Simples de Ombro (SST- <i>Simple shoulder test</i>)	40
4.1.3	Fotografias dos clientes	40
4.1.4	Escala Visual Analógica	41
4.2	Casuística	41
4.2.1	Apresentação dos clientes	41
4.2.1.1	Cliente A	41
4.2.1.2	Cliente B	42
4.2.1.3	Cliente C	43
CAPÍTULO 5 RESULTADOS E ANÁLISE		44
5.1	Relato da autora do processo terapêutico	44
5.1.1	Caso A	44
5.1.2	Caso B	46
5.1.3	Caso C	47
5.2	Questionário do Teste Simples do Ombro	49
5.2.1	TABELA I	49
5.2.2	TABELA II	50
5.2.3	TABELA III	51
5.2.4	Análise dos resultados do questionário Teste Simples de Ombro	52
5.2.4.1	Estudo característico das fases da Capsulite Adesiva de Ombro	52
5.2.4.2	A abordagem com o Método Integração Estrutural Rolfing® pode promover benefícios de forma diferente em cada uma das fases?	53
5.2.4.2.1	Caso A	53
5.2.4.2.2	Caso B	54
5.2.4.2.3	Caso C	55

5.2.4.3 O tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfin® promoveu melhora nas principais queixas que os clientes fizeram no início do tratamento?.....	55
5.2.4.3.1 Caso A.....	55
5.2.4.3.2 Caso B.....	55
5.2.4.3.3 Caso C.....	56
5.3 Resultados comparativos obtidos com a aplicação do questionário Naper.....	56
5.3.1 Tabela da Escala Visual Analógica- EVA	57
5.3.1.1 Análise dos resultados da escala EVA	58
5.4 Resultados das fotografias	59
5.5 Comentários da autora.....	60
CAPÍTULO 6 CONCLUSÃO	62
CAPÍTULO 7 REFERÊNCIAS E ANEXOS.....	65
7. 1. Referências Bibliográficas	65
7.2. ANEXOS	67
7.2.1 Anexo 1- Questionário NAPER	67
7. 2 .2 ANEXO 2 – SIMPLES TESTE DO OMBRO . (tradução livre da autora)	74
7.2.3 ANEXO 3 - Fotos dos pacientes	76

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

A patologia Capsulite Adesiva do ombro, também denominada de ombro congelado, tem etiologia, diagnóstico e tratamento muito controverso dentre as síndromes dolorosas do ombro. É caracterizada por dor e rigidez articular fibrosa de origem capsular. A retração da cápsula glenóide compromete o movimento e a homeostase celular (FERREIRA FILHO, 2005).

A evolução da Capsulite Adesiva, segundo Ferreira Filho (2005) e Lech *et al* (1993), tem três fases características: hiperálgica, enrijecimento e descongelamento. Na primeira fase, a dor aparece de forma gradual, intensa, crescente, diuturna e os movimentos ativos do ombro podem ficar seriamente restritos em questão de dias. Na segunda fase, a dor perde um pouco de intensidade, principalmente quando o membro superior está em repouso, pode aumentar com os movimentos ativos e pode persistir à noite. Durante a última fase, os movimentos ativos voltam aos poucos, a dor geralmente aumenta quando são solicitados os movimentos que estão restritos e é nesta fase que a cápsula torna-se cada vez mais flexível.

A limitação e a dor aguda são de grande impacto socioeconômico, já que a evolução natural da patologia pode ser de até dois anos. Pacientes com a patologia podem necessitar de tratamento por um longo período. Podem ficar limitados em suas funções básicas como: tomar banho, se alimentar, dormir, pentear os cabelos e se barbear. Muitos acreditam que nunca mais ficarão sem dor ou que a recuperação não será total. A vida com estas limitações torna-se muito desgastante.

A autora tratou de três pessoas com Capsulite Adesiva de ombro e cada uma delas em uma das fases da patologia para estudar como o Método Integração Estrutural Rolfing® pode contribuir na resolução da patologia. O tratamento foi de quinze sessões, seguindo protocolo das sessões estruturais e de movimento do Método Integração Estrutural Rolfing®. Todos os casos tratados tinham a etiologia classificada de intrínseca.

O Método Integração Estrutural Rolfing® segue a metodologia da idealizadora Dra. Ida P. Rolf que fundamentou um método que promove a reorganização das estruturas humanas no campo gravitacional. A técnica utilizada é a da manipulação do tecido conjuntivo, a fáscia, e pela educação postural pelo movimento (FEITIS, 1986). Segundo Bienfait (2000, p19) a fáscia é um tecido conjuntivo membranoso

contínuo e muito extenso no qual tudo se encontra ligado, tudo se encontra em continuidade e, sem este entendimento, nenhuma terapia manual seria tida como global.

O Método Integração Estrutural Rolfing® foi desenvolvido de forma empírica entre os anos 1940 e 1950 (FEITIS, 1986). A Dr. Ida P. Rolf considera que o corpo humano pode se orientar num padrão de organização ou se distanciar dele e, portanto, percebe a existência de estruturas passíveis de mudanças. Relaciona que se o corpo tiver melhora do equilíbrio promovido por movimentos com articulações, músculos e tecidos organizados poderão contribuir promovendo uma organização estrutural à ação da força da gravidade (ROLF, 1999). A visão de análise do homem, por Ida P. Rolf, é ancorada no paradigma holístico de compreender o homem, o qual se preocupa em entender o homem na sua globalidade. De acordo com Cintra (2011, p3) o conceito denominado pela Integração Estrutural Rolfing® como “*Holograma do Ser*” é onde todos os aspectos ou dimensões humanas estão presentes. Esse conceito relaciona os aspectos mentais, físicos, emocionais, sociais e espirituais e tem como pressuposto o homem como um ser indivisível.

A Dra. Ida P. Rolf estabelece uma ordem de eventos que devem ser respeitados. A idealizadora do método Rolfing® estabelece qual será o território da intervenção em cada sessão, sob o qual o paciente receberá a manipulação da estrutura elástica miofascial, de modo a promover possíveis mudanças do corpo no campo gravitacional. Postula que mesmo que o território de tratamento seja o físico, as mudanças no plano mental podem acontecer, pois não separa o corpo físico do mental (PRADO, 2006). Segundo Cintra (2011, p7), “o olhar para a estrutura humana significa olhar para o ser humano em suas relações consigo mesmo e com o ambiente em que vive”. Cintra (2011, p7) argumenta que “as partes já não tinham sentido a não ser em relação às outras partes e com o todo. Mais importante que a técnica da manipulação do tecido conjuntivo (fáscia), da educação pelo movimento, o ponto de vista faz a diferença no Método Integração Estrutural Rolfing®”.

O tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing® pode promover a melhora na postura, nos movimentos e gestos pela liberação miofascial. O seu uso em paciente com Capsulite Adesiva do ombro foi anteriormente descrito por Ruggi (2011). O seu trabalho foi um Estudo de Caso. Ruggi (2011, p56) apontou na conclusão do trabalho “que o caso do estudo contribuiu de forma a facilitar a cura da lesão pelo próprio sistema fisiológico, contribuindo assim preventivamente para

evitar tratamentos longos e invasivos ou a intervenção cirúrgica”. Afirma também, que o “caso apresentado teve melhora das dores agudas e restrições severas de movimentos do membro afetado”. Ruggi (2001, p56) “conclui também que o tratamento não foi paliativo, combatendo somente as queixas do paciente - o tratamento foi concluído com melhoras nos aspectos holísticos do Método (físicos, funcionais, relacionais, atitudinais) que podem contribuir para a melhora na qualidade de vida da pessoa”.

O Método Integração Estrutural Rolfing®, por ter uma abordagem holística, poderá beneficiar de modo distinto as pessoas, pois a ênfase do tratamento é possibilitar a melhora da postura no campo gravitacional, buscando as causas estruturais dos problemas e a educação ao movimento de forma individual. As pessoas com Capsulite Adesiva apresentam restrição articular e dor no ombro afetado e quando tratados com o Método Integração Estrutural Rolfing® receberão tratamento não somente de suas queixas álgicas ou para restrição articular, estarão sendo integradas com seu corpo no sistema gravitacional nas suas diversas dimensões.

A autora desenvolve no terceiro capítulo a revisão dos fundamentos, dos princípios, da história do Método Integração Estrutural Rolfing® e da técnica Rolfing® *movement* utilizadas nos atendimentos dos casos em estudo. Ainda nessa revisão, pode-se encontrar: descrições da função do tecido conjuntivo, a fáscia; a forma visionária que a Dra Ida P. Rolf idealizou ao estruturar um método de tratamento através da manipulação do tecido miofascial e movimento, promovendo mudanças nas estruturas humanas submetidas constantemente à ação da força da gravidade; uma breve revisão sobre a Capsulite Adesiva e suas características. O capítulo apresenta também uma revisão da anatomia do ombro, como os aspectos de biomecânica, e da importância do gesto do membro que normalmente encontra-se afetado com a Capsulite Adesiva.

CAPÍTULO 2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar se o Método Integração Estrutural Rolfing® promove bons resultados no tratamento da Capsulite Adesiva de ombro, nas suas três fases: 1-aguda ou hiperálgica, 2- congelamento ou rigidez e 3 – descongelamento.

2.2 Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral foram traçadas as seguintes estratégias:

- Revisar os seguintes temas: o Método Integração Estrutural Rolfing® e Rolfing® Movimento; o tecido conjuntivo, a fáscia; a Capsulite Adesiva; atendimentos em pacientes com Capsulite Adesiva tratados com o Método Integração Estrutural Rolfing®.
- Aplicar os questionários de avaliação e realizar as sessões de fotografia nos três pacientes.
- Realizar o tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing® em três pacientes com Capsulite Adesiva de ombro.

CAPÍTULO 3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Introdução ao Método Integração Estrutural Rolfing®

O Método Integração Estrutural Rolfing® foi desenvolvido por Ida P. Rolf, nascida em 1896 em Nova Iorque. Ida Rolf recebeu em 1916 o título de bacharel em química pelo *Bernard College* e trabalhou na *Rockefeller University*, chegando a tornar-se professora no fim da década de 1920. Obteve título de doutora em química biológica, outorgado pelo Colegiado Médico e Cirurgiões da Universidade de Columbia, em Nova Iorque (FEITIS, 1986, p17-18).

A formação básica da Dra. Ida P. Rolf teve influência na elaboração do Método, que foi desenvolvido de forma empírica. O modo como ela olha para a estrutura humana e como procura um padrão eficiente de alinhamento entre as unidades funcionais é decorrente de muita reflexão e observação de experiências pessoais e dos resultados que foi gradualmente conseguindo com a técnica de manipulação do tecido miofascial (PRADO, 2006, p13).

A Dra. Ida P. Rolf recebeu tratamento em osteopatia com um dos fundadores da técnica, para tratar de seus problemas pulmonares, decorrentes de um coice de cavalo. Observou que a osteopatia conduz a mudanças estruturais importantes, o que a levou a estudar em profundidade seus princípios com um grupo de amigos e com o próprio terapeuta - em particular, o princípio que diz que ao mudar uma estrutura óssea do corpo pode-se mudar uma função corporal. Ela o utiliza para a construção de um dos fundamentos do seu Método Integração Estrutural Rolfing® (MOTA, 2003, p7).

Das experiências de suas aulas de Hata loga e estudos teóricos, a Dra. Ida Rolf extrai a ideia segundo a qual um ser humano mais harmônico resulta do trabalho sobre seu corpo. Na Hatha-loga isso era feito por meio de alongamento e meditação (MOTA, 2003, p7).

Durante seus estudos em Genebra, a Dra. Ida Rolf encontra na homeopatia tratamento para suas afecções e faz amplo estudo dos seus fundamentos. Um dos pontos que utilizaria mais tarde na sua técnica é a ideia de que o corpo pode ser induzido a produzir, com seus próprios recursos, o processo de cura (MOTA, 2003, p7).

Em 1940, já não mais trabalhando na função pública, a Dra. Ida P. Rolf começa a realizar atendimentos baseados nas suas experiências práticas e teóricas da loga, homeopatia e osteopatia. Realiza exercícios e instruções verbais aos seus clientes, na tentativa de promover movimentos mais eficientes. Os estudos daquelas técnicas ajudaram a Dra. Ida P. Rolf a aprofundar conhecimentos, fundamentos e questionamentos de como as mudanças estruturais ocorrem e como podem encontrar uma nova possibilidade de funcionamento, com maior rendimento, portanto desperdiçando menos potencial vital. Ela não encontra nesses estudos, porém, uma fonte para explicar todas as mudanças que observa em seus atendimentos iniciais (MOTA, 2003, p8). Esta explicação viria ao colocar o seu foco na fáscia, o tecido conjuntivo que envolve os músculos e as células. Ela encontra na manipulação miofascial e na reorientação dos movimentos a sustentação de sua metodologia Rolfing, que passa a ensinar e transmitir verbalmente, ao mesmo tempo em que realiza muitas reflexões sobre seus resultados (FEITS, 1986).

“Foi no *Esalen Institute*, na Califórnia, EUA, na década de 60 que a Dra. Ida P. Rolf encontra um campo fecundo para ter seu trabalho divulgado. Este Instituto era sede dos movimentos de Psicologia Humanística e do Potencial Humano” (PRADO, 2006, p17). Neste local, várias técnicas alternativas se encontravam em debate entre seus idealizadores.

A Dra. Ida P Rolf publica em 1963 “*Gravity: an unexplored factor in a more human use of human beings*” (*Gravidade, um fator inexplorado num uso mais humano por seres humanos*), segundo Caspari (2011) apud ROLF (1963, p16):

“é através da criação apropriada no espaço tridimensional que o homem pode se libertar para um funcionamento realmente mais humano. Não só o efeito da gravidade deve ser estudado, mas também as relações estruturais do homem devem ser entendidas em termos da gravidade”.

Esse artigo foi escrito à procura de respostas às suas experiências com o seu Método. A Dra. Ida P. Rolf desenvolve o pensamento sobre como a força da gravidade atua nas estruturas humanas e como o homem pode responder a essa força de forma integrada.

Em 1971 é fundado o *Rolfing Institute*, dedicado ao ensino, pesquisa e divulgação do Método Integração Estrutural Rolfing® (PRADO, 2006, p33).

A Dr. Ida Rolf morreu em 1979, deixando o livro “Rolfing – A Integração das Estruturas Humanas” (1999) e um livro de memórias organizado por sua aluna e seguidora Rosemary Feitis (1986) “*Ida Rolf fala sobre Rolfing e realidade física*”.

Após a sua morte, já nos final da década de 1980, seguidores de Ida P. Rolf e professores do Método: J. Maitland, J. Sultlan, M. Salverson e J. Asher formalizaram os princípios do Método Integração Estrutural Rolfing®. Estes princípios são regras fundamentais para a elaboração das estratégias utilizadas no decorrer de cada uma das sessões e durante todo o tratamento com o Método. Os princípios são: holismo, palintonicidade, adaptabilidade, suporte e fechamento (RUGGI, 2011, p29) e serão descritos abaixo.

3.1.1 O princípio do holismo

“Nenhum princípio pode ser completamente atingido a menos que todos sejam completamente atingidos” (MOTA, 2003, p16, *apud* Maitland, Sultan, 1992, p19).

Este princípio é tido como um meta-princípio, por englobar todos os outros. Decorrem dele que (MOTA, 2003, 16):

- O corpo é um todo no qual nenhuma parte é mais importante para a organização do todo do que o todo em si.
- Assim como o corpo é uma unidade, a disfunção somática também é uma unidade e reflete-se em todos os aspectos do ser.
- Conhecer os componentes da forma viva não é suficiente para compreender a organização do todo.
- Os corpos vivos são sistemas auto-reguladores e auto-organizadores (ortobiótica).
- Compreender áreas locais de disfunção depende de compreender o estado do todo e sua relação com o ambiente.
- Nenhum componente do corpo pode ser adequadamente compreendido quando isolado do todo e sua relação com o ambiente.
- Nenhum componente do corpo pode ser adequadamente compreendido quando isolado do todo e de sua relação como todo.

No contexto deste princípio, (MOTA 2003, p16) observa, citando Maitland e Sultan, que o “Rolfing® assim como a Homeopatia, a Terapia Crânio-Sacral, a Osteopatia e a Acupuntura, insere-se no chamado terceiro paradigma por promoverem a integração dos diversos aspectos do homem”.

3.1.2 O princípio da adaptabilidade

“A integração somática é uma função da capacidade da pessoa de se adaptar adequadamente a um ambiente em constante mutação” (MOTA, 2003, p18, *apud* Maitland, Sultan, 1992, p19).

Na reflexão sobre este princípio o terapeuta indaga-se sobre como e com quais recursos a pessoa em processo do Rolfing® se posiciona no sistema gravitacional, considerando o potencial das suas diversas dimensões (espiritual, social, econômica, cultural e religiosa); quais seriam os caminhos em que há uma disponibilidade para a mudança decorrente da manipulação do tecido, da mobilidade articular. Com isso, ele pode ajudar o cliente a perceber potenciais disponíveis para que a mudança permaneça ou fique disponível para o uso quando desejado.

3.1.3 O princípio do suporte

“A integração somática é função do suporte disponível” (MOTA, 2003, p18, *apud* Maitland, Sultan, 1992, p20).

Ao refletir sobre este princípio num processo terapêutico, o rolfista deverá procurar quais seriam os potenciais já existentes ou mais disponíveis durante o processo de atendimento pelo Método; em como o cliente encontrará suporte na relação postura, gravidade e estrutura; como o sistema gravitacional afeta o deslocamento; durante a realização de movimentos, como a força da gravidade afeta a postura do Ser.

3.1.4 O princípio da palintonicidade

“A integração somática é função da harmonia palintônica. Esta harmonia descreve uma ordem espacial - dentro/fora, anterior/posterior, superior /inferior - e também se refere aos aspectos do holograma do Ser (aspectos físico, emocional, mental, espiritual e social)” (MOTA, 2003, p18, *apud* Maitland, Sultan, 1992, p19).

Na origem grega da palavra, *palintonos* é o diálogo dos opostos. Segundo este princípio, durante o processo Rolfing® a observação se dirige a como a estrutura do cliente está organizada ou pode se reorientar em relação às direções espaciais dentro/fora, cima/baixo, frente/trás. Esta representação pode ser vista do ponto de vista estrutural na leitura da distribuição das massas e suas relações: quais são os padrões predominantes de locomoção; qual a forma de interação com o meio ambiente; quais dimensões são mais disponíveis; quais dimensões deverão ser disponibilizadas durante o processo terapêutico.

3.1.5 O princípio do fechamento

“Toda sessão ou série de sessões tem começo meio e fim” (MOTA, 2003, p19, *apud* Maitland, Sultan, 1992, p20)

Por este princípio afirma-se que em um processo ou uma sessão a pessoa atinge ou pode manter as adaptações obtidas pela manipulação. Deve-se considerar que o potencial próprio de mudança pode se disponibilizar na sessão ou posteriormente, visto que o processo de percepção de mudança pode ser atemporal. Com a elaboração dos princípios, a execução das sessões pode ser realizada de maneira não-formulística, no intuito de preservar a integridade da pessoa, considerando o holograma do Ser nos seus aspectos físicos emocionais, mentais, espirituais e sociais.

3. 2 A fásia

3.2.1 Considerações gerais

O termo fásia é descrito pelos autores Gardner, Gray e O’Rahilly (1963, p39) como:

“A fásia é um material envolvente, um tecido conectivo que permanece entre áreas de tecidos mais especializados, como o muscular [...] Dentre suas várias funções incluem a de proporcionar origens e inserções aos músculos, servindo de bainha elástica aos músculos e formando faixas especializadas em retenção e bainhas fibrosas para os tendões. Proporcionam caminhos de vasos e nervos e envolvem essas estruturas como bainhas neurovasculares [...] Permite o deslizamento de uma estrutura sobre a outra”.

Neste livro de anatomia os autores afirmam que a fáscia é mais ou menos contínua em todo o corpo, mas recebe nomes diferentes de acordo com a região. Ela se fixa às saliências superficiais dos ossos, as quais ela reveste, confundindo-se com o periósteo e por meio dos septos intermusculares, está mais profundamente inserida no osso (GARDNER, GRAY e O'RAHILLY, 1963, p39). Na época deste trabalho já havia uma referência a um tecido único com diferentes funções no organismo humano, mas com ação fundamental na constituição do sistema músculo esquelético.

A fáscia, num contexto descritivo de técnicas de terapias manuais, é considerada como uma rede constituída de tecido conjuntivo, um conjunto membranoso muito extenso no qual tudo se encontra em continuidade e no qual a menor tensão repercute sobre o conjunto todo (BIENTAIT, 2000, p 17).

A fáscia será usada no singular para dar a dimensão única adotada em citações acadêmicas de terapias manuais com abordagem no tecido miofascial. A ênfase dada neste estudo será na função que o tecido conjuntivo tem no sistema músculo-esquelético, sob o ponto de vista mecânico e estático.

A rede fascial apresenta três tipos básicos de fibras na sua constituição, colágeno, elastina e reticulina, que, segundo o agrupamento de suas fibras, apresentarão formas ou funções diferentes. A reticulina, de constituição mais fina, é encontrada em maior abundancia nos fetos. A elastina, especializada em promover a elasticidade, é ricamente encontrada na pele, nas cartilagens ou em ligamentos que necessitem de maior elasticidade; estas fibras apresentam maior capacidade de distensão quando solicitadas. O colágeno é uma membrana que reveste os músculos, com arranjos diversos na distribuição das suas fibras, que desempenham papéis diferentes, segundo a solicitação exercida sobre elas (exemplo: podem ser encontradas no tendão, revestindo um órgão, etc.) (MYERS, 2010, p17).

Encontramos no tecido conjuntivo uma divisão segundo a disposição das suas fibras, chamadas de tecido frouxo e tecido fibroso. As tidas como tecido frouxo têm as fibras dispostas entrelaçadas em múltiplas direções, dando característica de maior elasticidade a este tecido. Neste meio encontramos o depósito das gorduras, ou onde alguns órgãos são acondicionados. O tecido fibroso ou branco tem as suas fibras dispostas em paralelo, o que resulta na maior rigidez e conseqüente diminuição da elasticidade. Podemos encontrá-lo no ligamento, na aponeurose, na

fáscia látea (com a configuração de agrupamento em forma de bainha) ou nos retináculos. Uma das características do tecido conjuntivo é a sua plasticidade, que permite à estrutura contida maleabilidade e elasticidade. Como é um tecido que ora contém uma estrutura dura como um osso, ora contém uma estrutura mais delicada, como um órgão, sua textura muda de acordo com a função a ser executada. As diversas formas de disposição das fibras, seja quantidade ou qualidade, são fundamentais para a garantia das suas diversas funções de armazenar, conter ou deslizar, por ter exigências diferentes nas várias áreas que ocupa no corpo humano (MYERS, 2010, p17).

De acordo com sua localização, a fáscia pode ser superficial ou profunda. A camada tida como superficial é constituída de tecido fibroareolar com melhor capacidade de esticar em qualquer direção e se ajustar rapidamente às tensões diferentes; permite ainda, que estruturas próximas deslizem umas sobre as outras. Na fáscia profunda os tecidos são dispostos de forma mais densa e em paralelo, promovendo maior capacidade de suportar tensões como no caso das estruturas tendíneas e nos retináculos (ROLF, 1999, p28).

O tecido conjuntivo, de acordo com a solicitação e a quantidade de fibras de elastina, pode tornar-se mais rígido ou mais elástico, decorrente da necessidade pelo uso. Existem também modificações oriundas de processos reumáticos, cicatriciais e traumáticos, afetando a elasticidade ou até mesmo levando à rigidez do tecido contribuindo desta forma para alterações posteriores à distância, como em uma malha quando se puxa um fio e a tensão é percebida numa área ampla (ROLF, 1999, p24-25).

A diversidade de disposição das fibras do tecido conjuntivo permite ao corpo humano a combinação de flexibilidade e estabilidade numa mesma estrutura. As fibras ora apresentam uma pequena variedade – densas ou frouxas e regulares ou irregulares, ora são dispostas dentro de uma matriz que varia desde muito líquida até pegajosa, ou de plástica até sólida, permitindo as mais variadas combinações (MYERS, 2010, p19).

As células do tecido conjuntivo têm a capacidade de responder a pressões, mesmo que pequenas, e por conta disto sofrem estiramentos ou deformam-se esticando as ligações entre as células. Desse fato resulta a capacidade de criar um fluxo elétrico, chamado de carga piezo-elétrica; esta carga é captada pelas células da proximidade e com isso se organizam com a capacidade de manter ou de afastar,

mantendo ou mudando os elementos intercelulares da região. Neste sistema de funcionamento de tensões, há o exemplo do mecanismo de recuperação de uma fratura, onde no segmento fraturado, uma vez imobilizado, as células de colágeno se agrupam para reparar o tecido fragmentado (MYERS, 2010, p19).

“O movimento rítmico da fásia é o agente mecânico da circulação dos fluidos. Esta capacidade é importante quando age no sistema circulatório, na importante função de auxiliar o retorno venoso, ao dar tensão aos vasos venosos, permitindo a tensão adequada nos músculos sem comprometer a contração muscular e o retorno venoso das extremidades” (GARDNER, GRAY e O’RAHILLY, 1963, p39).

A Dra. Ida P Rolf com a sua formação básica em química, destaca as transformações da fásia ao ser manipulada :

“os tecidos conjuntivos, particularmente a fásia, estão em estado de organização contínua. O permanente intercâmbio metabólico que se torna possível pela relação íntima da fásia com o metabolismo da água permite a reorganização estrutural” [...] “Enquanto a fásia é caracteristicamente um tecido de fibras colágenas, estas devem ser vistas como embutidas na distância fundamental” [...] “as fibras colágenas mudam devagar como pode ser demonstrado, e são uma entidade química definida. Portanto a rapidez tão clara e visível da mudança da fásia deve ser uma propriedade de sua complexa substância fundamental” [...] “a aplicação de pressão é, de fato, a adição de energia ao tecido coloidal” [...] “provavelmente é esse colóide mais energizado o responsável pelas diferentes propriedades físicas do corpo que está sendo submetido à Integração Estrutural” (ROLF, 1999, p27-28).

O tecido fásial, quando organizado, confere equilíbrio às estruturas, as interferências de uns sobre os outros diminuem e cada estrutura poderá executar o papel que lhe foi originalmente designado. Pode-se restaurar uma força, uma função ou uma habilidade quando se restaura a função de estruturas independentes. A gravidade poderá ter nas estruturas suas forças reequilibradas (PRADO, 2006, p14-16).

O termo tensigridade, citado por Mota (2003, p19) apud FULLER (1982), é definido como:

“um sistema estabelecido, quando uma porção de elementos descontínuos em compressão interage com vários componentes contínuos em tração, para definir um volume estável no espaço”.

Esse conceito evidencia a necessidade da distribuição de forças sobre uma rede tridimensional, a fásia. O sistema locomotor necessita manter elasticidade, equilíbrio e mobilidade na coordenação de um sistema-esquelético vivendo num

campo gravitacional constante. Temos a força gravitacional atuando nas estruturas do corpo humano e essas respondendo de forma contínua à força gravitacional. A função da fáscia é manter a tensão, coesão e deslizamento em regiões diversas do corpo humano. Esta é a ótica de Integração Estrutural Rolfing® pela manipulação do tecido miofascial e pelo movimento. Nos casos de Capsulite Adesiva busca-se a recuperação de movimentos restritos, que pode ser obtida pela manipulação do tecido miofascial.

3.2.2 A importância da fáscia no Método Integração Estrutural Rolfing®

A Dra Ida P. Rolf visualiza a organização do corpo por segmentos, segmentos esses empilhados, unidos e interconectados, com uma relação contínua da força do campo gravitacional. Segundo suas citações:

“O homem é como um agregado de partículas ponderais, o homem é plástico, segmentado e móvel. Mudanças de relações sutis e sofisticadas, voluntárias ou involuntárias, podem ocorrer dentro dele. O conflito homem versus gravidade envolve sua estrutura enquanto um agregado de unidades” (ROLF, 1999, p17).

Esta ideia aparece também: “[...] O corpo é um agregado de segmentos; nos pontos em que os segmentos se encaixam uns nos outros, são possíveis os maiores desvios” (FEITIS, 1986, p190).

Ou ainda, como nesta fala: “à medida que a fáscia superficial se alonga, ela permite que as estruturas mais profundas se reorganizem [...] desde que não haja uma patologia mais profunda” (FEITIS, 1986, p193).

Na citação a seguir, observa-se a preocupação da Dra. Ida P. Rolf ao ensinar a profundidade de suas ideias:

“Não entre no corpo, como se você fosse uma locomotiva deslocando-se a 150 Km por hora, em todo seu ímpeto. Em geral, se há algum problema acontecendo dentro do corpo, a fáscia do lado de fora estará tão tensa que sua tendência será a proteção da área conturbada. Portanto não ataque a fáscia. Se você estiver fazendo a coisa corretamente e não houver alguma patologia profunda, a fáscia cederá, deixará você entrar”. [...] “À medida que a camada de fáscia superficial se alonga, ela permite que as estruturas mais profundas se organizem. É isso que, por exemplo, está sendo levado em conta quando os longos músculos superficiais das costas são modificados” (FEITIS, 1986, p193).

Durante suas investigações a Dra. Ida P. Rolf concebeu a ideia de que o corpo é constituído por unidades e que essas se encaixam uma nas outras, sendo o

ponto de união dado pelo tecido colagenoso. Concebe a existência de um tecido que une e mantém unidas as partes do corpo. Encontra também o material pelo qual pode mudar, pela massagem, a relação da estrutura corporal com a força da gravidade. E toda vez que um corpo perceber que está numa relação de melhor alinhamento reconhece também que está poupando energia. Esse reconhecimento é que direciona ao equilíbrio das estruturas no campo gravitacional (ROLF, 1999).

A Dra. Ida P. Rolf considera também que para pensar no funcionamento ou desalinhamento de um movimento é importante pensar na relação com outras partes. Quando um músculo está sobrecarregado ou encurtado, sua relação com essa estrutura poderá ser afetada (FEITIS, 1986, p55). O corpo, quando encontra equilíbrio, encontra força e se equilibra. O corpo trabalha pela lei do menor esforço ou pela preservação da eficiência energética.

Para a Dra. Ida P. Rolf, o sistema mesodérmico dá acesso ao controle do sistema voluntário sobre o sistema autônomo do corpo. “O que estou dizendo é que penso que o controle acontece via sistema mesodérmico (FEITIS, 1986, p69)”. O tecido fascial tem origem embrionária do mesoderma (GARDNEY, GRAY, O’RAHILLY, 1963, p99).

A Dra. Ida P. Rolf relata ser necessário considerar importante no trabalho corporal a questão: “estou lidando com problemas no corpo para os quais nunca existe apenas uma causa [...]. O processo corporal é sempre circular[...]. Alguma coisa fica atravessada e os efeitos disso se alastram interminavelmente como ondas. O corpo é como uma teia onde tudo está conectado a tudo” (FEITIS, 1986, p78). Nessa consideração a mentora do Rolwing® vislumbrava a ideia da existência de um tecido fascial contínuo com condições de interpelação com diferentes estruturas e que um corpo só pode ser pensado na relação das partes com o todo.

“A fásia cruza as articulações, não os músculos. Os envoltórios fasciais cruzam as articulações. Estas se tornam sinais vermelhos, informando se há alguma coisa errada e de que se trata. Vocês precisam procurar relações não só nas articulações, mas também dentro de todo o tecido mesodérmico. Isto lhes dará um quadro mais abrangente daquilo que se passa num corpo, do que se vocês só considerarem os músculos” (FEITIS, 1986, p197).

A autora, com base nesse conceito, considera que os movimentos podem sofrer alterações ou limitações, impondo padrões restritos de amplitudes articulares, podendo levar ao sofrimento de estruturas ou até à perda de função, como estabelecido na patologia em estudo.

O Método Integração Estrutural Rolfing® tem estratégias elaboradas para promover melhoras nestes desequilíbrios. Caso as escápulas venham a recuperar a orientação espacial horizontal, haverá a possibilidade de recuperação dos movimentos, com melhora na fisiologia articular e regressão da patologia.

A Dra. Ida P Rolf utiliza a analogia da fásia com uma cebola, com um alfinete ou com uma laranja. Ao utilizar essa linguagem popular, a Dra. Ida P. Rolf explica com palavras mais concretas, aos clientes e alunos, o funcionamento da rede fascial. Acredita ser importante que o terapeuta tenha papel de educador, ajudando as pessoas a explicarem o que estão sentindo. “É necessário ensinar ao cliente o processo de diferenciação, ensinar o que seu corpo sente, ou o que ele vê” (FEITIS, 1986, p185).

A Dra. Ida P. Rolf indica, em seu método, a necessidade de uma sequência de procedimentos na realização das intervenções, como exemplo:

“para mim, a coisa mais importante não é uma sessão específica, de Rolfing; é a evolução de uma sessão para a seguinte. É o modo como, na segunda vocês preparam para a terceira, de modo a poderem obter os resultados dessa terceira sessão” [...] “Não é possível fazermos dez sessões numa hora só. É preciso ir trabalhando gradualmente. É preciso construir passo a passo o tônus dos músculos” (FEITIS, 1986, p163).

A fásia tem uma disposição espacial tridimensional e contínua. Tem um funcionamento semelhante ao de uma teia, tudo se conecta com tudo, ou como uma rede, onde tudo está interconectado. Esse é um ponto fundamental na estruturação da forma do ser humano - partes ou unidades interdependentes entre si. Quando uma parte sofre, outras poderão ou sofrerão também. A autora realça a importância de levar esse ponto em consideração no tratamento de qualquer queixa, caso queira realizar um tratamento com o princípio holístico. Estas considerações foram linha condutora no tratamento realizado com os casos em estudo de pessoas com Capsulite Adesiva de ombro.

3.3 Capsulite Adesiva de ombro

Capsulite Adesiva ou Ombro Congelado são denominações que aparecem na literatura para descrever essa patologia, que é uma das que mais podem trazer desconforto, dor e limitação de movimento. A evolução pode ser de até dois anos, havendo mesmo o relato de um caso com evolução de oito anos (De PALMA, 1985 p384). A autora elege Capsulite Adesiva (CA) para denominar a patologia neste estudo por aparecer com maior frequência nos artigos pesquisados e por ter maior aceitação no meio acadêmico.

“A patologia é citada pela primeira vez por Duplay em 1872, que descreve a rigidez dolorosa do ombro e atribui como etiologia a aderência fibrosa da bolsa subacromial” (FERREIRA FILHO, 2005, p565, *apud* DUPLAY, 1872).

“Codman em 1934 cria a expressão “ombro congelado” para denominar os casos de rigidez dolorosa de ombro de longa duração e cujo início é muitas vezes relacionado com períodos de imobilização ou desuso de articulação” (FERREIRA FILHO, 2005, p 565, *apud* Codman,1934).

Segundo Ferreira Filho (2005, p566) *apud* NEVIASER (1945)

”descreve a C. A. como alterações histológicas inflamatórias e fibrosas da cápsula articular e do revestimento sinovial do ombro responsável pela obliteração dos recessos articulares, principalmente do recesso axilar, e aderências da cápsula às estruturas circunvizinhas, inclusive à cabeça umeral”.

O diagnóstico da patologia é fundamentalmente clínico, sendo uma boa análise da história um aspecto crucial, do contrário podendo comprometer a eficiência do tratamento. Segundo Robinson *et al* (2012, p1) muitos pacientes com dor no ombro podem apresentar rigidez e restrição ao movimento não devido à C.A., mas devido a uma dor antálgica ou lesão muscular. A conclusão do diagnóstico pode ser feita por exames laboratoriais ou exames de específicos de imagens.

3.3.1 Classificação

De acordo com RAMOS e SOLA JR (2013, p176) a classificação mais utilizada e mais abrangente foi descrita por Zuckerman em 1994, que definiu dois tipos de Capsulite, de acordo com a etiologia e a associação a outras doenças:

A - Primária ou idiopática, quando não está associada a outras doenças ou quando não se encontra a causa aparente.

B - Secundária, quando é possível encontrar a causa ou uma doença causadora, podendo ser subdividida, ainda em: intrínseca, extrínseca e sistêmica.

Dentre as intrínsecas, cujas causas são sempre associadas a lesões no mesmo ombro afetado, estão: tendinites do manguito rotador, tenossinovite da cabeça longa do bíceps, bursites, etc.

Dentre as extrínsecas, cujas causas são associadas a alterações distantes do ombro comprometido, estão: fraturas de punho e mão, infecções, AVC, epilepsia, lesões de coluna cervical, isquemia do miocárdio, doença pulmonar crônica, etc.

Dentre as sistêmicas, em que as causas podem estar relacionadas a doenças sistêmicas, estão: diabetes, doença da tireoide, doenças reumáticas etc.

3.3.2 Epidemiologia

A incidência da patologia é de 2% da população geral, com o pico da incidência entre 40 a 60 anos de idade e raramente aparecendo antes dos 40 anos e acima dos 70 anos (exceto quando decorrente de trauma). Após a aparição em um ombro, a possibilidade de aparição no outro é de 20%. O retorno da patologia no mesmo ombro é muito raro. A incidência de casos bilaterais é 14%, tendo estes últimos 80% de probabilidade de recorrência em cinco anos (ROBINSON *et al*, 2012, p2).

3.3.3 Diagnóstico

Segundo Ramos e Sola Jr (2013, p176) “o diagnóstico é feito essencialmente com base no quadro clínico, incluindo anamnese detalhada, identificando-se etiologia, trauma e/ou episódios dolorosos prévios, períodos longo de imobilização, cirurgias, etc”.

Ao realizar o exame físico nota-se perda da amplitude articular, presença de dor aos movimentos ativos ou passivos, em graus variados dependendo do estágio da patologia. Pode-se encontrar também atrofia muscular, geralmente na região escapular, preferencialmente na região dos músculos supra e infraespinhais. Na avaliação articular encontram-se graus diferentes de limitações durante a evolução da Capsulite Adesiva. O uso da goniométrica poderá ser um parâmetro de evolução, posto que a patologia apresenta um longo curso de evolução. O teste de força

muscular do manguito rotador deverá ser negativo, embora doloroso. A avaliação clínica de diagnóstico diferencial de afecções neurológicas, metabólicas e sistêmicas é fundamental. Uma boa avaliação servirá como guia para tomada de conduta médica, pois a evolução da Capsulite Adesiva é longa e baseada em dados clínicos (De PALMA, 1985, p382).

Segundo Ferreira Filho (2005, p566), a dor precede a rigidez nos casos da patologia com resposta fibrótica ao processo inflamatório, evoluindo para fibrose capsular. A retração da cápsula resultante do processo inflamatório e o processo fibroso produzem a limitação ou rigidez articular característica da patologia.

Nos exames por artroscopia em ombros com Capsulite Adesiva há uma imagem típica de novos vasos sanguíneos na superfície articular. Em alguns casos o diagnóstico necessita de exames como: ultrassom, R X, ressonância magnética ou mesmo exames de laboratórios (FERREIRA FILHO, p570-571).

Ainda, Ferreira Filho (2005, p569) menciona que “alguns autores chamam de predisposição constitucional em pacientes tensos que não suportam a pressões do *stress* da vida diária e mostram menor tolerância à dor, perfil psíquico considerado como sendo fator facilitador para instalação de Capsulite Adesiva”. Sugere, porém, ainda que não possa comprovar estatisticamente nos casos que tem tratado que a labilidade psíquica observada em pacientes é um fator decorrente muito mais do desgaste emocional provocado pela Capsulite Adesiva.

3.3.4 Evolução

Para fins didáticos, a evolução da patologia pode ser dividida em três fases: 1 - aguda ou hiperálgica, 2- congelamento ou rigidez e 3 – descongelamento. Contudo, esses estágios podem evoluir sem seguir classicamente cada uma das fases no desenrolar da patologia.

Segundo Ferreira Filho (2005), a primeira fase (aguda ou hiperálgica) tem início abrupto com intensidade crescente diuturna da dor que, com o tempo, pode comprometer toda a mobilidade do ombro. A dor noturna afeta a qualidade do sono, podendo abalar a pessoa. Os movimentos de abdução, elevação e rotação podem em pouco tempo estar profundamente comprometidos. Considera-se que essa fase pode durar de 3 a 6 meses, ou ainda de 2 a 9 meses (FERREIRA FILHO, 2005, p569 *apud* REEVES, 1975).

Ainda segundo Ferreira Filho (2005, p570), na segunda fase (enrijecimento ou congelamento) a intensidade da dor é um pouco menor, geralmente não mais ininterrupta e pode persistir à noite. Durante a movimentação do ombro, a dor aumenta e pode restringir ou impedir o seu movimento. Esta fase dura em torno de 12 meses.

A terceira fase (descongelamento) caracteriza-se pela volta gradual dos movimentos. Nela, geralmente, as dores se manifestam apenas quando os movimentos são solicitados no seu limite, limite este que assume amplitudes variadas. Segundo Ferreira Filho (2005, p570), esta fase pode durar de 9 a 24 meses e a recuperação ocorre de acordo com a recuperação da elasticidade da cápsula articular e da regressão da fibrose, sendo difícil dizer mais precisamente em quanto tempo estes processos se encerram.

3.3.5 Tratamento

O tratamento da Capsulite Adesiva é predominantemente conservador, por meio de métodos para controlar a dor e ganhar amplitude de movimentos que, por se manifestarem de forma e intensidade diferentes para cada indivíduo, influenciam as decisões sobre cada situação (RAMOS E SOLA JR, 2013, p179).

O uso de medicamento deverá ser utilizado, segundo necessidade e condições clínicas de cada paciente. A utilização de analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais será prescrita pelo médico, segundo a necessidade de sedação e promoção de conforto a quem sofre com as dores típicas da Capsulite Adesiva. A utilização de remédios à base de cortisona via oral ou intra-articular pode ser uma conduta indicada em alguns tratamentos. Os bloqueios seriados do nervo supraescapular são úteis no controle da dor. Existe também a manipulação articular sob anestesia como forma de tratamento para a Capsulite Adesiva, podendo ter ou não a combinação da distensão hidráulica. Há ainda, a forma cirúrgica de intervenção médica via aberta ou artroscópica indicadas nos tratamentos conservadores sem sucesso, ou com alguma complicação (RAMOS E SOLA JR, 2013, p179).

Nos diversos estudos de Capsulite Adesiva citados anteriormente, a indicação de fisioterapia aparece nos tratamentos conservadores, tendo a finalidade de recuperar as amplitudes de movimentos do ombro e com efeito analgésico, sinais

característicos da Capsulite Adesiva. O Método Integração Estrutural Rolfing® foi apresentado por RUGGI (2011) como alternativa na abordagem da Capsulite Adesiva. A autora irá utilizar o Rolfing® nas três fases características em pacientes com Capsulite Adesiva, atendendo um paciente em cada uma das fases e verificar como o Método Integração Estrutural Rolfing® atua nas três fases características da patologia.

3.4 Anatomia e biomecânica do ombro normal e ombro com Capsulite Adesiva

Os membros estão ligados ao tronco pelas cinturas. O membro superior pela cintura escapular e o inferior pela cintura pélvica. As suas funções foram mudando ao longo da evolução das espécies. Pela ontogênese, no ser humano com a anatomia atual, os membros superiores foram gradativamente mudando o posicionamento das suas estruturas e ganhando novos movimentos. O gradil costal foi se ampliando, gradativamente, no sentido anteroposterior, possibilitando um novo posicionamento da escápula, que passa a orientar-se numa posição mais dorsal, mudando também a cavidade glenóide, que passa a se orientar para cima. O úmero aumentou o plano de torção progressivamente, favorecendo novos movimentos para o membro superior (De PALMA, 1985, p27).

Na embriogênese, com cerca de quatro semanas pós-ovulatórias, os membros superiores aparecem, inicialmente, como pequenos brotos embrionários com cerca de 5mm de comprimento. Cada broto do membro alonga-se de forma primodistal (primeiro o braço depois a mão). Poucos dias depois da visualização do membro, há o desenvolvimento dos sistemas circulatório e nervoso (derivados das camadas endodérmicas). Os músculos e ossos (derivados da camada mesodérmica) continuam na sua diferenciação (GARDNEY, GRAY, O'RAHILLY, 1963, p99).

Segundo Calai-Germain e Lamontte (2010, p109) os movimentos do ombro são amplos por não possuir grandes bloqueios ósseos e têm a amplitude completada pelos movimentos da cintura escapular, cujas articulações são também pouco congruentes. O autor realça também que a escápula não está ligada ao tórax, na região posterior, por uma articulação, mas somente por músculos. A articulação com o tronco é feita na região anterior pela clavícula e o esterno. Nesta

apresentação, o destaque é dado ao fato de que num movimento restrito ou num bloqueio na articulação do ombro, a causa pode estar no próprio ombro ou em estruturas relacionadas à articulação, como descrito nos fatores causais da Capsulite Adesiva.

O membro superior acompanha os movimentos do tronco por meio de movimentos pendulares na deambulação, em contraposição ao membro inferior homolateral. Segundo Santos (2002, p127) os movimentos pendulares de membros superiores durante a marcha não requerem movimentos de mãos e cotovelos. Ocorre a partir da escápula, por solicitação dos músculos do tronco. A propulsão a partir do pé prolonga-se pela extensão do tronco, promove o encaixe da escápula e transmite a rotação interna à cabeça umeral. O movimento pendular pela contração sinérgica do peitoral maior e deltoide anterior é transmitido ao membro superior. Nos casos de pessoas com CA, este movimento pendular tende a ser restrito ou ausente, como o movimento antálgico numa marcha típica de pessoas com Capsulite Adesiva de ombro, diminuindo a massagem das bolsas dispostas na cintura escapular e portanto prejudicando e regressão da Capsulite Adesiva e reforçando um funcionamento patológico. Neste sentido, a terapia terá uma parte destinada ao trabalho na deambulação.

A articulação escapuloumeral permite os movimentos do braço em relação à escápula, e os deslocamentos escapulares orientam a escapuloumeral em diversos planos do espaço, possibilitando a gama de movimentos realizados nas atividades da vida diária e até mesmo nos movimentos sutis de pinça e preensão. Para Bienfait (2000, p143) o segmento-rei é a mão, à qual pertence o gesto nobre da preensão. Todos os outros segmentos e todas as outras articulações encontram-se a serviço da mão. A autora encontra nesta frase o resumo de grande parte do complexo trauma que a patologia impõe que é a limitação funcional do gesto decorrente da dor e da restrição de movimento na Capsulite Adesiva de ombro. Rotineiramente encontram-se relatados nos casos por pacientes com esta patologia de ombro que é o de sentir-se impossibilitado de pegar uma folha de papel sem sentir dor, por exemplo.

A cintura escapular tem a tendência de estar em posição antálgica como forma de proteger ou inibir movimentos do membro superior afetado. Muitas vezes, isto aumenta a compressão da capsula articular, reduzindo ainda mais a amplitude articular. O posicionamento anatômico seria se a escápula estivesse repousando no

gradil costal e o ombro, articulado na cavidade glenóide com espaço suficiente para realizar a excursão de seus movimentos sem bloqueios ou restrições. Esta pode ser também a origem da dor noturna acentuada. Segundo observações clínicas da autora, o Método Integração Estrutural Rolfing® e Movimento promove a recuperação dos sintomas decorrentes da Capsulite Adesiva, através da melhora do posicionamento da cintura escapular. O cliente pode fazer o movimento de escápula, ombro cotovelo e mão gradativamente com maior desenvoltura.

De acordo com Gardner, Gray e O`Rahilly (1963, p132):

”bainha musculotendínea. A cápsula da articulação do ombro é fina e tem pouca potência mecânica. À medida que os músculos supraespinhal, infraespinhal, redondo menor e subescapular se dirigem às suas inserções, eles se fundem com a cápsula e entre si, formando assim, a bainha musculotendínea. Esta bainha, também chamada bainha rotadora, é incompleta somente embaixo e dota a articulação do ombro de grande potência. Seus componentes musculares mantêm a cabeça do úmero em posição e são importantes fixadores em vários movimentos do ombro”.

A descrição da bainha músculo tendínea na íntegra foi citada pela importante estrutura anatômica de correlação do tecido fascial, que é uma das bases de ação do Método Integração Estrutural Rolfing® no posicionamento das estruturas humanas no campo gravitacional. Na Capsulite Adesiva de ombro encontra-se retraída causando o grande transtorno.

3.5 Rolfing® movimento

Segundo Caspari (2011, p13) apud Prado (2005):

“O chamado Rolfing® Movimento começou com Ida P Rolf, utilizando-se de movimentos para fechar ou estabilizar os resultados conseguidos na sessão terapêutica. Sua teoria era que um corpo com movimentos equilibrados também equilibraria a rede fascial. Amy Cochran, uma de suas alunas e colaboradora, desenvolve uma série de movimentos exploratórios, que mais tarde ficaram conhecidos como loga da Ida (Ida ‘s Yoga)”.

De acordo com Prado (2006, p49) Ida P. Rolf chama Judith Aston para colaborar e desenvolver o que chamou de *Rolfing® Movement*. Aston desenvolveu a primeira abordagem sistemática funcional e seu trabalho revelou que a Integração Estrutural poderia acontecer utilizando-se apenas técnicas funcionais. Prado (2006)

descreve, ainda, que uma série de rolfistas propulsionaram o trabalho funcional ou movimento, e muitas foram às dissidências, deixando como legado suas reflexões e experiências.

De acordo com Prado (2006) um marco importante para resolver os conflitos entre fundamentar um trabalho na linha mais estrutural ou numa linha mais funcional foi a introdução do conceito dos Princípios das Estratégias do Rolfing®. A elaboração feita por Maitland, Sultan e Salveson, 1992, e já descrita anteriormente, define que tanto a técnica estrutural como a de movimento podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente, desde que os princípios do Rolfing® sejam mantidos.

Segundo Prado (2006), Godard trouxe um novo ponto de vista, observando que o trabalho de movimento e o trabalho de manipulação são a mesma coisa, permitindo assim uma visão mais larga do paciente, em suas perspectivas biomecânicas e funcionais, simultaneamente. Segundo Caspari (2011), Godard relata que: a maneira como ensinamos os sentidos vai determinar a qualidade dos movimentos e a coordenação dos músculos. Esta reflexão é muito importante, posto que toda resposta motora necessita de um sistema sensorial, informando ou alimentando o ato motor.

Segundo Mattoli (2013) apud JAYE, V. “The way you walk across the room is the way you walk through life”. (o jeito que você passa pela sala é o jeito que você passa pela vida, trad. de Paula Mattoli). Nesta frase, o movimento vem acompanhado de várias considerações, tais como a importância da representação do SER, ao realizar um movimento ou gesto. As pessoas, em decorrência do seu estado físico, realizam movimentos diferentes ao pegar um objeto (por exemplo: com dor no ombro, com dor no pé ou sem dor alguma); ou reagem, de acordo com suas crenças ou seu estado mental, promovendo respostas motoras diversas.

Segundo Mattoli (2013) apud KEEN, CASPAR uma das ideias do Rolfing® *Movement* é:

“nós criamos o nosso corpo a cada minuto, a cada gesto, respiração, passo em cada movimento que fazemos. Vida é expressão. A questão central é encontrar aquele lugar de consciência e profundidade que nos permite perceber como nós fazemos, e criar possibilidades e opções para fazermos de outras e diferentes formas”.

De acordo com Maia (2009, p49, apud PRADO, 2006; ROLF, 1999),

“Há grande diferença entre trabalhar na estrutura anatômica do doente e trabalhar através dessa estrutura. Uma vez compreendido o

padrão corporal de cada indivíduo que, por sua vez, contém manifestações tanto físicas quanto emocionais, e estabelecidas a relação de confiança, o terapeuta pode atingir níveis mais profundos desse padrão. O autor reforça que no processo de Rolfing® a consciência pode ocorrer de modo mais ou menos claro, mas permite ao doente explorar e relaxar padrões antigos e conquistar novas possibilidades”.

De acordo com Cintra (2000, p4) apud Caspari, Zorn (2003, p9-14) traduz a ideia das técnicas estruturais e movimento utilizadas nas sessões contidas no Método Rolfing®:

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

Segundo Ruggi (2011, p36) “na educação do movimento a intenção não é a de ensinar movimento e sim ajudar outro a perceber, com os recursos que ele tem para isso, a maneira como ele se movimenta. Essa percepção abrirá o caminho para que ele experimente outras maneiras de se mover e até a mudar a qualidade da sua coordenação”.

3.6 Tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing® para Capsulite Adesiva de ombro

A contribuição acadêmica em tratamentos com o Método Integração Estrutural Rolfing® para Capsulite Adesiva, encontrada pela autora, consiste em uma única publicação: “Contribuições do Método Integração Estrutural Rolfing® para Capsulite Adesiva, com abordagem Holística, para a solução de casos de Capsulite Adesiva”, monografia de conclusão de curso de Pós Graduação (lato senso) apresentada ao Centro Universitário Ítalo-Brasileiro (Ruggi, 2011). Segundo Ruggi (2011, p10) “o objetivo geral do estudo de caso foi o de demonstrar que o Método Integração

Estrutural Rolwing® para Capsulite Adesiva, de abordagem holística, pode contribuir para a solução de transtornos corporais considerados patológicos e surgidos por fatores posturais ou gestuais, especificamente a Capsulite”. Em seu trabalho foi demonstrado que o cliente em estudo se beneficiou com o tratamento, ampliou a percepção de si, melhorou a qualidade de vida e ampliou os movimentos com o ombro afetado.

Alguns aspectos fisiológicos básicos do controle neural para a regulação do movimento e da postura foram destaques na sua revisão bibliográfica, tais como: o os sistemas proprioceptivos, os exteroceptivos, os modelos de ativação alfa e gama, os mecanismos de inervação recíproca. Ruggi (2011) relaciona esses conceitos básicos da fisiologia às ideias encontrados em citações da Dra Ida P. Rolf em como o Método Integração Estrutural Rolwing® pode promover adaptações estruturais à força da gravidade. Para Ruggi (2011, p12) os mecanismos básicos conhecidos de controle neural e os aspectos mais recentes no conhecimento da fisiologia do movimento, da psicologia ou da biomecânica dos tecidos conjuntivos foram importantes para a compreensão dos resultados com a utilização do Método Integração Estrutural Rolwing® nos aspectos internos por onde a pessoa modifica a qualidade de seu movimento.

Para Ruggi (2011, p12) as instâncias fisiológicas relacionadas à motricidade se interconectam com outros aspectos da pessoa (sentidos, emoções, sentimentos, afetos, crenças), modificando ou sendo modificados e produzindo padrões de movimentos. Ruggi (2011) apud Tavares (2003, p37) amplia a compreensão desses diversos aspectos da pessoa com base no conceito de imagem corporal, “essa imagem, por meio do qual essa pessoa se reconhece, também é constituída e modificada, a cada momento, por todos esses aspectos do indivíduo, na sua relação com o mundo”.

Para Ruggi (2011, p14) “a postura e a qualidade de movimentos podem ser modificados (aprimorando-se ou não) e sempre farão parte de sua identidade, ou melhor, do modo como essa pessoa reconhece a si mesma, em cada momento”[...] “o movimento e a expressão de cada pessoa são únicos influenciáveis e mutáveis, mas únicos”.[...] “ da mesma maneira, de pouco adianta dizer que um movimento é certo ou errado” [...] “mas o seu jeito de ser de se mover ela vai construir ou complementar a partir de sua historia de vida” . Ruggi (2011) atribui constante influência das pessoas e do ambiente, alimentando o sistema sensorial e imprimindo

ao sistema motor informações contínuas a serem processadas e considera, portanto, que não cabe ao educador ou terapeuta indicar um movimento ou uma postura como ideal. Ao educador ou do terapeuta o que é possível esperar e buscar é que os seres humanos possam se adaptar com facilidade, sob ação da gravidade, em soluções diversas e quando possível de forma econômica, confortável e eficiente.

Segundo Ruggi (2011, p20) apud Frank (1995, p3) o sistema fisiológico de adaptação à gravidade “torna o movimento mais eficiente, exige menos esforço, aumenta a probabilidade de minimizar a contração improdutiva de músculos antagonistas e permite maior sutileza de controle”. Ruggi (2011, p20) considera que o ombro congelado ou distrofia relfexo-simpática pode ser por falha no controle de mecanismos de defesa, em que a falha pode ser desencadeada por traumas, lesões significativas de fundo emocional ou psicológicas, que disparam fortes e demoradas contrações musculares, podendo promover para a imobilidade de uma região e cita que é preferencialmente uma região articular.

Para Ruggi (2011, p21), com o processo de evolução do ser humano o sistema nervoso central adquire novos centros de controle e interação, aparecendo formas aprimoradas de controle, em vez de substituí-los. “Temos assim, uma infinidade de caminhos de que o organismo pode lançar mão em sua interação consigo e com o meio, durante e do meio do movimento” (RUGGI, 2011, p21) apud (TAVARES, 2003, p64).

Para Ruggi (2011, p36), “o educador precisa estar habilitado a perceber onde o cliente perde ou onde precisa integrar melhor essa triangulação (propriocepção-exterocepção-expropriocepção) que dará mais qualidade ao seu movimento”. Segundo Ruggi (2011, p36) o educador, ao realizar a manipulação ou a liberação miofascial, técnica utilizada no Método Integração Estrutural Rolfing®, “tem papel importante em facilitar a relação das camadas teciduais, dar mais coerência ao tônus muscular, com isso, favorecer a circulação de líquidos e a mobilidade que são fundamentais para a flexibilidade e a saúde de todo o organismo”. [...] “o toque permite uma espécie de diálogo que potencializa a comunicação”. [...] “promove ao cliente aspectos perdidos na percepção e na orientação do seu movimento”.

Ruggi (2011, p37) utiliza o termo diálogo tônico para indicar as respostas obtidas nas diversas instâncias do sistema nervoso promovidas pelo toque e na

mudança de movimento promovida pelo tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing®.

Em seu trabalho teve destaque também a citação de descobertas recentes na área da fisiologia do movimento, a explicação científica de ensinamentos empíricos de como o complexo controle do movimento recebe influências do estado geral do cliente, da sua genética, de suas crenças e de sua condição social. Ressalta, ainda, a importância do terapeuta em ajudar a pessoa na sua adaptação sob a ação da gravidade nas suas atividades diversas da vida diária. Demonstra que pela manipulação do tecido miofascial favorece a recuperação de movimentos antes impossíveis, como citado pelo cliente em seu estudo de caso, como um “sonho impossível” voltar a tomar banho de sol com as mãos na nuca (RUGGI, 2011) antes de realizar o tratamento como o Método Integração Estrutural Rolfing®.

Ruggi (2011, p41-44) relata ter-se utilizado de alguns procedimentos de um trabalho de pesquisa realizada em Milão, na Itália, pelo Departamento de Reabilitação do Instituto Nacional do Câncer com mulheres em reabilitação de cirurgia de mama. Nesse trabalho o objeto de pesquisa era estudar fenômenos relacionados ao trauma oncológico e pós-cirúrgico, como a restrição severa de movimentos dos braços e da cintura escapular nos pacientes pesquisados. Ruggi faz um resumo de como foi feita essa pesquisa, quais eram os objetivos e a análise dos resultados. Ruggi (2011, p44) resalta a importância do relato desta pesquisa em ser um trabalho científico e explicar um tratamento de recuperação de movimento e de integração estrutural levando em consideração os vários aspectos e dimensões das pessoas pesquisadas. Afirma ter utilizado, parcialmente, em seu trabalho de investigação de estudo de caso, alguns fundamentos e procedimentos encontrados nessa pesquisa.

Ruggi (2011, p47) utilizou para o tratamento o Método Integração Estrutural Rolfing®, realizando quinze sessões à cliente em seu estudo de caso com o diagnóstico de Capsulite Adesiva. A cliente esteve recebendo tratamento, anteriormente, por doze meses sem uma resolução satisfatória aos seus problemas. As sessões foram estabelecidas com o modelo não-formulístico, sendo o ombro congelado a queixa principal apresentada pela cliente. As sessões foram semanais, com duração de 60 a 70 minutos. Para Ruggi (2011) a visão holística do Método Integração Estrutural Rolfing® foi fundamental para que a cliente atingisse a sua meta. Em seu trabalho encontram-se temas relacionados à história do Rolfing® e

importantes conceitos de aspectos não–formulísticos e relações terapêuticas que serviram de reflexões para fundamentar os resultados alcançados com o estudo de caso.

Ruggi (2011, p56) conclui que o Método Integração Estrutural Rolfing® pode “contribuir para desativar os reflexos autonômicos de defesa, facilitando a cura da lesão pelo próprio sistema fisiológico, contribuindo assim, preventivamente, para evitar tratamentos longos e invasivos ou a intervenção cirúrgica”.

CAPÍTULO 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata de estudo de caso em que o Método Integração Estrutural Rolfin® foi estudado para o tratamento das três fases da Capsulite Adesiva de ombro. Cada cliente estava em uma das fases características da patologia: hiperálgica, enrijecimento e descongelamento. Todos os clientes que foram encaminhados e aceitaram participar desta pesquisa passaram a constituir o objeto deste estudo, conforme programa e requisitos formalizados pela autora e aprovados pela banca de pós-graduação do Centro Universitário Ítalo Brasileiro.

Todos os clientes foram atendidos em consultório particular da autora, em sessões com duração de sessenta a setenta minutos cada, semanalmente ou de acordo com a disponibilidade de agendamento do cliente. Todos foram atendidos seguindo a sequência de quinze sessões formulísticas do Método Integração Estrutural Rolfin®. Todos foram submetidos às mesmas formas de avaliação pré-apresentadas a cada cliente quando convidado a tomar parte no programa de pesquisa. Todos os clientes foram avisados de que poderiam abandonar a qualquer momento esta pesquisa, tornando a sua participação inteiramente espontânea.

No início de cada sessão era perguntado ao cliente qual era o seu estado geral, a dor e a limitação articular tendo recebido cuidados especiais quando necessário. Foi sempre apresentado o objetivo principal no início de cada sessão e contextualizado ao final o ganho alcançado pelo cliente. A observação da postura ortostática estática e em movimento (a deambulação) foi realizada como parâmetros para auxiliar a observação das mudanças em todo o tratamento.

4.1 Métodos de avaliação

No início e no término do tratamento, a autora aplicou os questionários **Naper** e **Teste Simples de Ombro** e realizou sessões de fotografia em posição ortostática. Ao final de cada sessão, a autora fez anotações dos resultados de cada cliente.

4.1.1 Questionário padrão do **Naper**, anexo (1).

De acordo com Cintra (2011, p25) “este questionário foi criado e desenvolvido pelo Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Educação em Rolfin®

(NAPER), com a participação e supervisão de Prado (2006) utilizado em sua tese de Doutorado”.

A autora utilizará as respostas deste questionário para apresentação dos clientes. Os dados foram colhidos antes do início da primeira sessão e após o término da décima quinta. As respostas não foram apresentadas aos clientes.

4.1.2 Questionário padrão do **Teste Simples de Ombro** (SST- *Simple shoulder test*)

De acordo com Yogi (2005, p30) apud Matsen (1990):

“SST é um questionário de auto-avaliação com 12 perguntas que medem a dor, amplitude de movimento, força muscular e função do ombro”[...]. “O questionário SST é reprodutível, prático, sensível para uma ampla variedade de problemas no ombro, capaz de quantificar a alteração da função do ombro resultante do tratamento e permitir a identificação das falhas no tratamento”.

O Teste Simples de Ombro foi aplicado na primeira sessão antes de iniciar o tratamento e reaplicado ao final do último atendimento; as respostas não foram apresentadas aos clientes. A escolha do teste simples de ombro foi feita por ter perguntas simples que questionam os movimentos do ombro, com uma conotação implícita de gesto. O teste considera uma representação subjetiva da dor, visto que investiga de diferentes formas a amplitude de movimentos do ombro para a realização de tarefas. A autora escolheu não adotar medidas de goniometria de ombro como padrão de avaliação articular porque as medidas serviriam somente para medir a amplitude articular, e, no tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing®, os objetos de estudo são as mudanças posturais e os movimentos.

4.1.3 Fotografias dos clientes

As fotos foram tomadas na primeira e depois da décima quinta sessão do tratamento. Os participantes foram fotografados em posição ortostática livre, nas vistas: anterior, posterior, perfil direito, perfil esquerdo, vista anterior com o membro afetado em elevação e com rotação externa na maior amplitude possível. A autora manteve as fotos para estudo e discussão dos casos. As fotos foram apresentadas no formato final para aprovação e podem ser publicadas com autorização por escrito de cada cliente.

4.1.4 Escala Visual Analógica

A escala Visual Analógica-**EVA** serviu para aferir a intensidade da dor do cliente, na entrevista inicial e final do tratamento, contida no questionário padrão **Naper**. A dor com nota zero será considerada a ausência de dor e a nota dez será para dor máxima suportável pelo cliente.

4.2 Casuística

A amostra é constituída de três pessoas com Capsulite Adesiva: caso A, na fase hiperálgica ou primeira fase; caso B, na fase de enrijecimento ou segunda fase; caso C, na fase de descongelamento ou terceira fase. A amostra é formada por um cliente em cada fase da Capsulite Adesiva de ombro, tendo todos recebido o Método Integração Estrutural Rolwing® para tratamento da patologia.

Na amostra, as idades dos clientes eram 50, 56 e 58 anos, havendo dois clientes com o membro esquerdo com a patologia e um com o direito, todos com predominância destra de habilidade motora e apresentando a patologia pela primeira vez. Todos têm o diagnóstico classificado com Capsulite Adesiva de ombro comprovada clinicamente e exames de imagem. A amostra está dentro das referências bibliográficas da patologia.

Um único caso, o caso B, não recebeu outras formas complementares de tratamento. Todos desconheciam o Método Integração Estrutural Rolwing®.

4.2.1 Apresentação dos clientes

A apresentação de cada caso é baseada nas respostas colhidas com os questionários **Naper** e do **Teste Simples de Ombro**.

4.2.1.1 Cliente A

A cliente de iniciais D. D. F., identificada doravante como caso A, tem 50 anos, é do sexo feminino e profissional autônoma. O diagnóstico de Capsulite

Adesiva no ombro direito foi realizado de forma clínica e complementado com a ressonância magnética. A cliente afirma ter tido um acidente de carro quando estava com 21 anos e necessitou de uma cirurgia no antebraço esquerdo para fixação de placa, assim como a reconstituição do cotovelo esquerdo e imobilização do membro superior direito decorrente de fratura de mão e antebraço. Permaneceu por três meses com os membros superiores imobilizados. No histórico de cirurgia constam ainda uma cesariana (há vinte e um anos) e a cirurgia plástica de mamas (há quatro anos, colocação de próteses bilateral). Faz preferencialmente tratamento homeopático.

Na escala **EVA** a dor no ombro direito, com Capsulite, foi de 7, contínua, chegando a 10 dependendo do movimento ou posição do membro.

As respostas obtidas com o questionário SST que a incluem na primeira fase da Capsulite Adesiva de ombro são: a cliente afirma não saber responder o que faz o ombro doer, às vezes tem dor com o ombro em repouso e, às vezes, com o ombro em movimento, mas sabe que sente dor o tempo todo. Afirma que a atividade mais difícil de realizar em casa ou no trabalho é a de segurar qualquer coisa na mão direita, ou manter algo na mão. Afirma ter recebido uma injeção no pronto socorro, mas não sabe o nome e não obteve melhora das dores. Recebeu a prescrição para tomar Tilatil de forma contínua, e tem tomado por conta própria arnica. Afirma estar sentindo dores de forma contínua. Percebe que a mobilidade do ombro está a cada dia mais difícil e sente dores cada vez mais intensas, não percebendo alívio com o uso dos medicamentos.

4.2.1.2 Cliente B

O cliente de iniciais R. G. C. C., identificado doravante como caso B, é do sexo masculino, tem 58 anos e é profissional liberal. O diagnóstico de Capsulite Adesiva do ombro esquerdo foi feito por exames clínicos há três meses, tendo a confirmação diagnóstica sido feita por ressonância magnética. Recebeu a prescrição de tomar três aplicações de Diprospan que ele preferiu não tomar.

O cliente indica nota 9 na escala **EVA**, apontando a dor enquanto tenta dormir e ao forçar movimentos rápidos e acima da cabeça com o ombro afetado, esquerdo. Indica nota 6 à dor, em posição neutra articular, e de forma intermitente ao longo do dia.

As respostas obtidas com o questionário SST que o incluem na segunda fase da Capsulite Adesiva de ombro são: a dor no ombro esquerdo com Capsulite Adesiva é constante, pior á noite, sendo impossível dormir em decúbito lateral esquerdo, fazer movimentos rápidos e tentar levantar o braço acima da cabeça. A dor tem afetado a qualidade do sono e da vida diária.

4.2.1.3 Cliente C

O cliente de iniciais T. C. F. L, identificado doravante como caso C, sexo masculino, 56 anos, trabalha como autônomo. O seu diagnóstico foi feito por exame clínico e um RX sem laudo em dezembro de 2012. Recebeu três infiltrações em Dezembro de 2012, Janeiro e Fevereiro de 2013. Recebeu tratamento de fisioterapia pelo Método Sohier que ajudou a diminuir as dores contínuas e levou à recuperação parcial dos movimentos do ombro esquerdo, no período de Abril a Setembro de 2013.

Pela escala **EVA** o cliente indica nota 4 ocasional, podendo chegar a 8 quando realiza movimentos de rotação ou elevação do ombro esquerdo além da mobilidade que a patologia permite.

As respostas do Teste Simples de Ombro que o incluem na terceira fase da Capsulite Adesiva são: afirma sentir dor quando anda de moto, quando alguém se apoia em seu ombro esquerdo, ao elevar a mão acima da cabeça e ao fazer o movimento de rotação externa. Afirma tomar Dorflex somente quando sente dor contínua e muito forte.

CAPÍTULO 5 RESULTADOS E ANÁLISE

A autora pretende analisar os resultados separando-os em tópicos da seguinte forma:

- Relato da autora do processo terapêutico
- Apresentação de três tabelas do Questionário Teste Simples de Ombro e análise dos resultados.
- Análise dos resultados utilizando **Questionário Naper** e apresentação de uma tabela da escala **EVA** para avaliar a dor.
- Análise dos resultados das sessões de fotografias.
- Comentários gerais da autora.

5.1 Relato da autora do processo terapêutico

Os comentários a seguir foram resultantes das anotações da pesquisadora durante o processo das quinze sessões com o Método Integração Estrutural Rolfing® nos três pacientes com Capsulite Adesiva de ombro, anteriormente apresentados como casos A, B, C. As sessões serão descritas de forma sucinta destacando as palavras usadas pelos pacientes que se repetiram durante o processo ou atitudes que demonstraram as mudanças percebidas pelos clientes.

5.1.1 Caso A

Na primeira sessão percebe a sintonia da respiração e a dor sentida no ombro. Afirma que a respiração pode ser mais ampla quando a dor diminui. Respira mais curto quando a dor está intensa, para melhor suportá-la.

Na segunda sessão percebe o apoio nos pés e a região do joelho direito por estar com um pouco de dor nesta região enquanto deambula pela sala.

Na terceira sessão queixa-se da dor como fator limitador na vida atual. Percebe que ao final das sessões deambula a cada dia com maior facilidade. Percebe a propulsão que o pé pode dar ao caminhar ao final desta sessão.

A quarta sessão se inicia com queixa de dor muito intensa, afirma ter dificuldade de ir ao banheiro e fazer a higiene íntima. Afirma que a dor está conturbando a sua vida.

Inicia a quinta sessão muito assustada com a intensidade da dor. Relata lembrar-se do acidente de carro que sofreu aos vinte anos, quando ficou com os dois braços imobilizados. Na ocasião, não se sentia tão imobilizada como agora, que tem que conviver com uma dor tão intensa. Afirma que na ocasião era mais flexível e fazia muitas coisas com os pés. Agora, com os braços doendo, não conseguia nem segurar uma folha sem sentir muita dor. As queixas das dores são cada vez maiores e descobre que está mais difícil ficar ereta.

Na sétima sessão percebe que a curva de dor não está em “ascensão” e ao término da sessão sente a cabeça ligada ao corpo; está com uma aparência mais “tranquila”.

Nas sessões oito, nove e dez queixa-se de dores com intensidade média de quatro, mas com limitação na mobilidade maior que no início do tratamento. A deambulação ao término de cada sessão é referida como mais solta e mais fácil, não se queixa de dor no joelho. Dirige o olhar mais ao longe quando deambula, está muito ansiosa com a proximidade das férias e com a viagem a trabalho que está por acontecer. Nas sessões de movimento as dores e a retração articular estavam maiores. A dor diminuiu pouco a pouco para a intensidade média de 4, chegando a 8 ao realizar movimentos de flexão e rotação de ombro.

O maior desafio com esta cliente foi que ela perdesse a ideia de que estava com Capsulite Adesiva bilateral. Ela fez uma comparação com “o trauma vivido anos atrás” e com a imobilidade da patologia acabou relembrando fatos desse período da vida, o que foi salientado ao ouvir numa sessão de fisioterapia (clássica) que “estava desenvolvendo capsulite bilateral”. As atividades profissionais da cliente estavam sendo fator de muita tensão e gerador de crise e a cliente tinha consciência de que a questão não seria resolvida rapidamente.

A paciente esteve em tratamento por um período maior que os demais pesquisados, pois esteve um mês em viagem ao exterior, em função de compromissos com o seu trabalho, e na volta ainda necessitou ficar mais quinze dias sem reiniciar o tratamento porque voltou doente, com uma indisposição intestinal de uma semana e na semana seguinte teve uma gripe acompanhada de febre por mais uma semana. Ao retornar para realizar as cinco sessões finais do

tratamento, queixou-se de dores intensas até a quarta sessão. Afirmava que sentia muito por ter interrompido o tratamento. Afirmou várias vezes que as dores estavam mais intensas do que no início do tratamento e a restrição estava maior. Na observação da pesquisadora, a perda dos movimentos estava diretamente relacionada ao aumento da dor e ao fato de ter interrompido o tratamento e não ter conseguido realizar nenhum dos movimentos que estava fazendo anteriormente à sua viagem. Após realizar a última sessão ela percebeu que estava pouco a pouco com maior amplitude na elevação do braço direito e com alguma melhora ao fazer a rotação externa. A dor não era mais contínua. A dor tornava-se muito aguda quando ela forçava desafiar a restrição, ainda presente, no final da extensão e na rotação externa do ombro direito. A seu pedido, a cliente permaneceu em tratamento, para terminar sua recuperação, além do período estabelecido para o estudo desta monografia. Passadas duas semanas, ela telefonou muito contente, afirmando que conseguiu realizar uma ressonância magnética em que era obrigada a permanecer durante todo o exame em decúbito ventral com os membros superiores em extensão. Ela conseguiu permanecer na posição e estava sem dor ao término do exame. A cliente continuou por mais três semanas e teve que fazer outra viagem de trabalho, permanecendo fora tempo superior ao término desta pesquisa. Sendo assim, não posso relatar sua condição depois das 15 sessões realizadas como nos demais casos e, também, não foi possível concluir o tratamento até sua total recuperação.

5.1.2 Caso B

Na primeira sessão ele fica maravilhado ao perceber como pode ter uma respiração diferente e como o tórax se movimenta em cada fase da respiração.

Na segunda sessão percebe a mudança do deambular entre o início e o término da sessão. Percebe também que, com a melhora da base de apoio nos pés, seu trabalho fica facilitado, pois trabalha o dia todo em posição ortostática.

No final da terceira sessão percebe que, ao deambular, a região do pescoço estava mais leve. Nessa sessão a queixa principal de não conseguir dormir sobre o ombro afetado já desapareceu. E aparece como queixa principal a restrição em “rodar o ombro esquerdo”.

Na quarta sessão o caminhar ao término da sessão está diferente, mas não sabe por quê. Afirma que já está dormindo por pouco tempo sobre o ombro com Capsulite Adesiva.

Na quinta sessão percebe que as pernas estão “maiores” ao final da sessão. Tem conseguido dormir a noite toda, sem acordar para mudar de lado por causa de dores no ombro. Afirma que as dores aparecem quando faz movimento de rodar o ombro, que não chega à amplitude do outro braço.

Na sexta sessão, quando ficou em pé, não sabia direito onde estava, sentia o corpo todo diferente.

Na sétima sessão percebeu a diferença da cabeça com o resto do corpo, estava num lugar mais... “encaixado”.

Nas sessões seguintes a percepção dos apoios nos pés e a marcha foram melhorando pouco a pouco.

Nas sessões de movimento ele esforçou-se em realizar os movimentos e repetir os exercícios recomendados em casa, tendo grandes avanços na recuperação dos movimentos do ombro esquerdo.

Este paciente deixava claro os seus objetivos, queria dormir em decúbito lateral e rodar os braços com amplitude normal. Fazia o que era solicitado em casa. Esteve sempre pronto a aprender coisas que o ajudassem a recuperar o movimento do ombro esquerdo. Ele exercitava durante a semana as mudanças percebidas no corpo, durante as sessões. Ele falava que tinha aprendido, demonstrando muito contentamento com as novas sensações. Nas sessões de movimento ele queria repetir um movimento solicitado até ter a sensação de realizá-lo de forma correta, para poder praticar em casa.

Este cliente permaneceu por mais quatro sessões de movimento a pedido do próprio, quando recebeu alta, tendo todos os seus movimentos de ombro recuperados e sem queixas de dor alguma.

5.1.3 Caso C

Ao término da primeira sessão, percebeu que os movimentos respiratórios estavam diferentes.

Na segunda sessão demorou em perceber onde sentia o apoio dos pés quando deambulava pela sala e que ao término da sessão estava com os pés mais “inteiros” no chão.

Na terceira sessão inicia com a referência a uma percepção muito maior do apoio dos pés. Contudo, afirmou que ao caminhar sozinho percebia melhora no apoio dos pés, mas não persistia a sensação de crescimento, tal como sentida durante a terapia.

Na quarta sessão, diz que esperava ansiosamente pelo dia do tratamento; sente que está perto de uma depressão, afirma ter dormido muito no início da semana, permanecendo um dia inteiro na cama e levantando somente para ir ao banheiro e fazer uma refeição. Nesta sessão fala muito pouco, descreve poucas sensações. Ele termina a sessão muito “tranquilo”, conforme suas palavras.

Na quinta sessão percebe uma facilidade maior em caminhar. Afirma estar sentindo muito cansaço em ter que resolver as coisas na sua vida profissional e privada. Começa a perceber que tem coisas que são “importantes de serem mudadas”, conforme suas palavras.

A sexta sessão começa com ele pedindo desculpas por ter ido com o irmão fazer trilha de *motocross* no final de semana. Sua expressão facial era de muita tranquilidade, como há muito tempo a autora não via.

Na sétima sessão seu semblante parecia mais tranquilo, mas estava agitado, dizendo tudo que tinha feito durante a semana. Andou de bicicleta no final de semana na ciclofaixa e estava muito vermelho, queimado de sol.

As demais sessões foram entre altos e baixos com o humor. Mostrou-se sempre comprometido em fazer o que lhe era solicitado, mas não fazia sempre os exercícios recomendados em casa. Relatava com muito prazer todas as coisas que estava fazendo para tentar mudar a sua vida profissional e privada. Os insucessos pesavam muito, ficava facilmente triste com alguma desaprovação.

A maior dificuldade foi para que ele realizasse os movimentos indicados em casa. Ele teve dificuldade de perceber o limite de fazer uma atividade, necessitou receber orientação para fazer pausas ou parar de realizar o mesmo movimento antes que a dor intensa já estivesse instalada. Por exemplo, ele fazia muitos movimentos num dia para consertar um carro, ou dirigia por muitas horas seguidas, só percebendo o exagero quando já estava com muita dor.

As sessões de movimento promoveram maior possibilidade em perceber a importância do posicionamento da cintura escapular ao realizar um gesto com as mãos. Realizar um movimento das mãos sem movimentar primeiro a escápula foi um

grande desafio, sendo que o membro esquerdo, afetado pela patologia, aumentava a dificuldade da percepção e realização do movimento dissociado mão- braço.

5.2 Questionário do Teste Simples do Ombro

A autora agrupou em Tabelas as respostas obtidas com o questionário do Teste Simples de Ombro, aplicado aos pacientes, no início e ao término do tratamento. A organização foi feita em três tabelas, abaixo denominadas (I), (II), (III).

5.2.1 TABELA I

Respostas obtidas na aplicação do questionário Teste Simples de Ombro, parte 1.

Pergunta		Caso A		Caso B		Caso C	
		Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1	O seu ombro fica confortável quando está relaxado ao longo do corpo?	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
2	Seu ombro permite que você durma confortavelmente?	NÃO	SIM*	NÃO	SIM	NÃO	SIM
3	Você pode colocar a camisa para dentro da calça?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
4	Você pode colocar a mão atrás da sua cabeça com o cotovelo aberto?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
5	Você pode colocar uma moeda em uma prateleira na altura do seu ombro sem dobrar o cotovelo?	SIM*	SIM	SIM	SIM	SIM*	SIM
6	Você pode levantar ½ kg na altura do seu ombro sem dobrar o cotovelo?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
7	Você pode levantar 4 kg na mesma posição?	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM

8	Você pode carregar 10 kg com o braço afetado ao lado do corpo?	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
9	Você acha que pode jogar bola de tênis de baixo para cima ao lado do seu corpo a 10 metros?	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
10	Você acha que pode jogar a bola acima de sua cabeça?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
11	Você pode lavar a parte posterior do outro ombro contrário ao lado afetado?	NÃO	NÃO*	SIM	SIM	NÃO*	SIM
12	Seu ombro permite trabalhar em tempo integral no seu trabalho?	SIM*	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: autora do trabalho

5.2.2 TABELA II

Respostas da evolução dos casos, parte 2, do Teste Simples de Ombro.

Pergunta	Caso A		Caso B		Caso C		
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	
1	Você tem dor no ombro durante a noite?	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM*
2	Você toma remédios?	SIM	SIM*	SIM *	NÃO	NÃO	NÃO
3	Você sente seu ombro rígido?	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM*	SIM*
4	Seu ombro parece estar solto ou instável?	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Fonte: autora do trabalho

As respostas com sinal (*) foram dadas pelos pacientes sem concordar com a resposta simples sim ou não e serão apresentadas juntamente com os resultados.

5.2.3 TABELA III

Resultado dos dados do questionário do Teste Simples de Ombro, parte 3.

Pergunta		Caso A		Caso B		Caso C	
		Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
A	Usar seu bolso traseiro.	4	3	3	4	3	4
B	Limpar o períneo.	3	3	3	4	4	4
C	Lavar a axila oposta.	3	4	4	4	3	4
D	Comer com talher.	3	4	4	4	4	4
E	Pentear os Cabelos.	3	3	3	4	4	4
F	Usar a mão, com o braço na altura do ombro.	3	3	4	4	4	4
G	Carregar de 5 a 8 kg com o braço ao longo do corpo.	0	4	4	4	4	4
H	Vestir-se sozinho.	3	3	4	4	4	4
I	Dormir sobre o ombro afetado.	0	2	2	4	3	4
J	Ser puxado	3	1	2	4	3	3
L	Usar a mão acima da cabeça.	2	1	2	3	3	3
M	Arremessar algo.	3	2	4	4	3	4
N	Levantar algo.	0	2	3	4	3	4
O	Fazer seu trabalho habitualmente.	3	2	4	4	4	4
P	Praticar esporte habitualmente.	3	3	NÃO FAZ	NÃO FAZ	2	4

Fonte: autora do trabalho

Legenda: quantificação das tarefas:

(4) Normal.

(3) Leve comprometimento.

(2) Dificuldade.

(1) Preciso de ajuda.

(0) Sou incapaz de fazer.

5.2.4 Análise dos resultados do questionário **Teste Simples de Ombro**.

Neste tópico, como os dados coletados foram muitos, a autora formulou perguntas a serem por ela comentadas de formas diversas, ora respondendo caso a caso, ora respondendo comparativamente entre eles. A tentativa foi de responder os vários aspectos que envolvem a Capsulite Adesiva de Ombro quando estudada nas suas etapas e com um Método de tratamento que priorize as respostas individuais. A autora formalizou perguntas para apresentar a análise dos resultados e as comentará nos itens a seguir.

5.2.4.1. Estudo característico das fases da Capsulite Adesiva de Ombro

Como foi descrito, nas fases da Capsulite Adesiva de ombro, a dor precede a limitação de movimentos e a dor diuturna é mais intensa na primeira fase, diminuindo na segunda e devendo finalmente desaparecer na terceira fase. A constatação de que cada cliente estava no início do tratamento pode ser visualizada na tabela (III), linha I, ao responderem à pergunta: você pode dormir sobre o ombro afetado?

-caso A responde que é incapaz.

-caso B responde que tem dificuldade.

-caso C responde que tem leve dificuldade.

A necessidade de tomar medicamento tende a ser maior nos casos em que a patologia vai se instalando e diminui com a sua evolução. Em muitos casos, a patologia tem evolução que exige procedimentos cirúrgicos como parte do tratamento. Todos os casos atendidos durante o período de tratamento foram tratados de forma conservadora. O caso C recebeu três infiltrações antes de iniciar qualquer outra forma de tratamento manual. Ele tinha a indicação da quarta infiltração, que acabou não recebendo, decorrente da melhora que teve com o tratamento iniciado com o Método Sohier de Avaliação Analítica Articular, iniciado em Março de 2013. Este cliente ao iniciar as sessões com o Método Integração Estrutural Rolfing® não realizou mais o tratamento Analítico Sohier.

É possível, ainda, estabelecer que cada um dos clientes estava numa das fases da patologia estudada, avaliando a resposta à pergunta: você sente dor à noite? Os seguintes resultados aparecem na linha (1) da Tabela (II):

-Caso A: respondeu que sim. A cliente afirma sentir dor constante de 7 a 10 na escala **Eva**, e consegue dormir somente em média 4 horas por dia, respostas obtidas no questionário **Naper**;

-Caso B: respondeu que sim e trouxe como queixa principal a impossibilidade de dormir em decúbito lateral sobre o ombro afetado;

-Caso C: ele já conseguia dormir normalmente sobre o lado afetado quando iniciou o tratamento, mas, às vezes, em dias de muito esforço físico, sentia que necessitava procurar uma posição para acomodar o ombro. Este foi o adendo (*) dado à resposta.

5.2.4.2 A abordagem com o Método Integração Estrutural Rolfing® pode promover benefícios de forma diferente em cada uma das fases?

Para responder esta pergunta a autora comentará as tabelas (I), (II) e (III) com um estudo apresentando, caso a caso, as respostas obtidas antes e depois do tratamento, para poder analisar o cliente dentro do próprio potencial.

5.2.4.2.1 Caso A

A cliente em análise encontra-se na primeira fase da Capsulite Adesiva. Nessa fase, a dor se manifesta geralmente com intensidade e de forma contínua, promovendo o agravamento do quadro de limitação dos movimentos.

Ao observar a tabela (I), a autora destaca que os indicadores de melhoras estão nas linhas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 e 11 e considera que o resultado alcançado foi muito bom, visto que, nesta fase, com a evolução da patologia os movimentos poderiam estar limitados.

As linhas 7, 9 e 11 poderiam indicar uma piora nos movimentos, mas, como já foi dito, nesta fase, o resultado já pode ser considerado bom quando apenas três dos onze movimentos pesquisados indicam agravamento.

A autora destaca que esta cliente queixava-se de dores contínuas (escala **EVA** de sete) e dormia em média quatro horas quando iniciou o tratamento. Ao término, apresentava dores intensas somente quando tentava realizar movimentos na amplitude da restrição; atribuiu nota 2 no final do tratamento (escala **EVA**). A cliente termina o tratamento com uma amplitude maior que no início, no que se

refere à extensão do ombro direito e, sem alteração, no que se refere à rotação externa. A verificação é comprovada com as fotografias, Anexo (3).

Ao observar a tabela (II) nota-se uma melhora, indicada pela resposta afirmativa ao item (2), ou seja, que ainda tomava Tilatil, às vezes, quando estava com dificuldade de suportar a dor constante, fato esse menos frequente que antes de iniciar o tratamento. Ainda comentando a tabela (II), a cliente respondeu que não notava o ombro rígido; esta resposta poderia indicar uma melhora do conflito articular.

Ao observar a tabela (III) vemos que entre 11 itens, cinco são tidos como piora, nas linhas: A, J, L, M e O. Esta cliente teve o maior indicador de piora entre os três clientes analisados, porém, na fase inicial desta patologia, pode-se considerar um progresso, pois a mobilidade estava sendo preservada. Isso é comprovado observando-se a foto no final dos atendimentos em que o membro superior direito apresenta um bom ganho de amplitude na elevação (Anexo 3). No início do tratamento, a cliente deu nota 10 na escala **EVA** para a dor que sentia quando realizava movimentos que desafiavam a restrição articular. Ao final do tratamento, baixou essa nota para 7, indicando que a dor, que se manifestava inicialmente de forma crescente e contínua, passara para intermitente e decrescente.

5.2.4.2.2 Caso B

As linhas 2, 3, 4, 8 e 10 da tabela (I) indicam que, no final do tratamento, o cliente passou a realizar movimentos que inicialmente não conseguia.

A autora destaca que a queixa principal deste cliente era de não conseguir dormir em decúbito lateral esquerdo, sua posição preferida; isso estava afetando sua qualidade de vida porque acordava muito cansado e com muita dor no ombro esquerdo. Após a terceira sessão, o cliente pode permanecer no decúbito preferido e a qualidade do sono foi gradualmente voltando ao normal. Após conseguir essa melhora, a queixa principal foi a de não conseguir “rodar” o ombro esquerdo como “rodava” o direito.

Ao observar a tabela (II), vê-se que houve melhora em todas as respostas. O Símbolo (*) indica que, embora o cliente tivesse recebido prescrição para tomar três injeções, preferiu ficar com a dor.

A tabela (III) indica a evolução da melhora, pois o cliente deu nota máxima em todas as linhas, com exceção do item da linha L. A autora informa que foram necessárias 4 sessões adicionais, além das 15 previstas, para que o paciente pudesse recuperar os movimentos.

5.2.4.2.3 Caso C

As linhas 2, 3, 4, 7, 10 e 11 da tabela (I) mostram que os movimentos no início do tratamento eram limitados e que ao término já estavam liberados.

Na tabela (II) o item 3 indica um sinal de piora com o tratamento, pois, ao final, o cliente não sentiu melhora na rigidez do ombro afetado. O Símbolo (*) indica que o cliente às vezes ainda toma Dorflex quando a dor aumenta em virtude de esforço físico ou *stress*.

As linhas J e L da tabela (III) mostram que o cliente não recuperou esses dois movimentos. A autora informa que foram necessárias seis sessões adicionais, além das 15 previstas, para que o paciente pudesse recuperar os movimentos.

5.2.4.3 O tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing® promoveu melhora nas principais queixas que os clientes fizeram no início do tratamento?

Ao responder esta questão a autora analisará cada caso utilizando as tabelas (I), (II) e (III), comparando as respostas do início e do término do tratamento.

5.2.4.3.1 Caso A

A tabela (III) mostra que o caso A foi o único que apresentou, no início do tratamento, notas superiores às apresentadas no seu final, conforme mostram as linhas (A), (J), (L), (M) e (O). Mas os resultados foram positivos quando analisamos outros dados: a queixa principal, que era de dor ininterrupta, passou com o tratamento para intermitente; o sono teve uma melhora de qualidade, e o cliente passou a dormir por mais tempo; o cliente conseguiu reiniciar as atividades esportivas, o que era impensável no início do tratamento.

5.2.4.3.2 Caso B

Todas as notas tiveram melhoras; o fato de não conseguir dormir bem à noite era a queixa principal do cliente; quando conseguiu, depois da terceira sessão, a

queixa voltou-se para a limitação dos movimentos. Com a melhora gradativa, o ombro recuperou os movimentos em todas as direções, ao fim de dezoito sessões. Os resultados obtidos durante as 15 sessões programadas constam na tabela (I). As demais sessões foram realizadas para que o cliente tivesse todas as suas queixas totalmente resolvidas.

5.2.4.3.3 Caso C

O cliente deu nota máxima a todos os indicadores no término do tratamento. A única pergunta que não teve resposta máxima foi a que se referia à rigidez do ombro. A autora interpreta este fato como estando ligado à impossibilidade de realizar todos os movimentos do ombro esquerdo. Ele apresentava ao término das quinze sessões uma limitação na rotação externa e na extensão do ombro esquerdo. A melhora desses movimentos começou a acontecer nas últimas sessões do tratamento. Nessas sessões os movimentos de diferenciação ombro–mão e mão-escápula foram amplamente explorados. Com essas sessões, ele começou a melhorar pouco a pouco a percepção dos movimentos diferenciados da cintura escapular, ombro e cotovelo e mão, no braço afetado. Ele pode com essas experiências perceber a diferença dos movimentos antálgicos. O cliente repetiu muitas vezes durante todo o tratamento, que sofreu muito tempo com a dor e a limitação de movimento, o que teve um grande impacto na sua vida pessoal e profissional.

5.3 Resultados comparativos obtidos com a aplicação do questionário Naper.

Dentre os dados colhidos com os clientes no questionário **Naper** no início e ao término do tratamento, destaca-se o que segue.

No início do tratamento, o caso A afirmou que a sua vida estava virando uma bola de neve, sentia muita dor, não conseguia se concentrar nas coisas do trabalho, o trabalho não estava rendendo e não conseguia fazer caminhadas. Ao terminar o tratamento, estava contente, pois conflitos pessoais que estavam há muitos anos indefinidos começaram a tomar bons rumos. Estava retomando seus exercícios de forma moderada, uma ou duas vezes na semana, fazendo caminhada e

alongamentos. Realizava estas atividades com maior facilidade, porém com limitações.

No início do tratamento, o caso B relatava boa percepção do seu corpo consigo mesmo, com as relações familiares e com o trabalho. A sua insatisfação inicial estava centrada na impossibilidade de dormir bem à noite. Esse objetivo foi alcançado nas primeiras sessões. Durante todo o processo, ele foi se interessando mais em entender o tema central de cada sessão. Por exemplo, ficou muito admirado em como a sua expansão pulmonar se modificava entre o início e o fim de cada sessão e em como o apoio dos pés ao deambular foi ficando cada vez mais perceptível. Este cliente gostava sempre de relatar as mudanças que estava percebendo na sua postura, durante as sessões.

No início do tratamento, o caso C relatou que tinha uma percepção regular do seu corpo e, ao final do tratamento, passou a considerá-la boa. Ele mencionou muitas vezes durante as sessões que sentia seu corpo mudando e relatava que outras mudanças estavam acontecendo. Gostava de relatar os fatos bons e ruins que estavam acontecendo na sua vida. Ressaltou que estava finalmente sentindo ter forças para fazer a sua vida ter um rumo, o que antes não conseguia. Disse que “a vida está levando, e parece que agora sinto força para direcioná-la”.

A melhora na qualidade de vida apareceu em todas as fases, todos relataram ter conseguido realizar mais movimentos nas atividades da vida diária e a percepção do corpo ajudou-as na descoberta de movimentos mais leves que eram imperceptíveis antes do tratamento.

5.3.1 Tabela da Escala Visual Analógica- **EVA**

A autora apresenta os resultados declarados pelos clientes considerando a Escala **EVA** para avaliar a dor do membro afetado: em posição de repouso e ao realizar o movimento livre de elevação anterior do braço até a amplitude da restrição. As avaliações foram tabuladas considerando o início e o término das quinze sessões.

	Caso A	Caso B	Caso C
Início do tratamento Membro em Repouso	Sete , com dor contínua	seis , com dor intermitente	quatro , com dor ocasional
Início do tratamento Membro em Movimento	Dez , no limite do movimento	Nove , no limite do movimento	Oito , no limite do movimento
Término do tratamento com membro em Repouso	Dois , com dor intermitente	zero	Dois ou três , ocasional
Término do tratamento com membro em Movimento	Sete , nos movimentos rápidos ou na restrição articular	Três , nos movimentos rápidos ou na restrição articular	Três , nos movimentos rápidos ou no limite da restrição articular

Fonte: autora do trabalho

5.3.1.1 Análise dos resultados da escala **EVA**.

Todos os clientes começaram o tratamento com queixa de dor e restrição de movimento no membro afetado e terminaram com valores inferiores aos iniciais.

O caso A relatava dor 7 e contínua. Esteve com dor ascendente até a sexta sessão. Ela iniciava sempre as sessões com queixas de dores insuportáveis e terminava com uma dor menor. A partir das sessões de sete a dez ela chegava com queixas de dores percebidas de forma intermitente e valores entre 4 e 2. Para ela esta escala de dor é difícil de ser valorizada no dia a dia, pois ela tem uma tendência a conviver com dores de baixa intensidade sem perceber, desde que não seja contínua. Quando ela retorna ao tratamento para realizar as cinco últimas sessões, que foram as sessões de movimento, a cliente retorna com dores constantes e com movimentos restritos na elevação e rotação externa. Ao início de cada sessão a dor é maior que ao término, como nas sessões estruturais.

Na opinião da autora, nesta primeira fase da Capsulite, era esperado que a dor tivesse a forma ascendente, pois como é característica desta patologia a dor pode ser intensa, contínua e também ascendente. A particularidade desta cliente é que a vivência desta dor trouxe a sensação de sentir-se imobilizada como quando sofreu o acidente de carro vinte anos atrás e foi importante este fato ser compartilhado na terapia para que o processo de dor encontrasse uma curva

descendente. Foi importante, também, para melhorar a dor tanto nas sessões estruturais como nas sessões de movimentos, que a cliente percebesse que alguns movimentos eram possíveis sem tanta dor. Ao perceber estas direções a cliente pode ter confiança em realizar movimentos que gradativamente promoveram a mobilidade como nas fotos dos anexos (3) ao final do tratamento.

Para o caso B o tema central da queixa era sentir dor ao dormir, inicialmente, até a terceira sessão. Após isso, o tema passou a ser sentir dor para “rodar” o ombro esquerdo. Com o desenrolar das sessões, ele dizia que as dores só apareciam quando esquecia e fazia movimentos rápidos com o membro afetado e a dor se apresentava por um curto período de tempo desde que não insistisse em permanecer na posição.

O caso C relatava dor ao realizar movimentos além do limite da restrição do ombro com a patologia e quando alguém apoiava a cabeça no seu ombro. A queixa da dor foi diminuindo conforme ele foi percebendo que era capaz de fazer movimentos com o seu corpo que ele estava acreditando que não seria mais capaz de conseguir como: andar de moto, fazer suas caminhadas, cozinhar e fazer compras. Conforme foi readquirindo estas capacidades ele fazia questão de compartilhar em detalhes cada conquista e ficava muito triste quando fazia algo que ainda provocava dor.

5.4 Resultados das fotografias

Quando os clientes receberam as fotos para avaliação final e aprovação da autorização da publicação, fizeram observações espontâneas de como perceberam o seu corpo durante o período de tratamento:

- O cliente A lembrou-se: “de quanta dor sentiu neste período” e apontou para as pernas e disse “como elas estão retinhas”.
- O cliente B apontou para os ombros dizendo ter a impressão de que o seu ombro esquerdo estava “subindo menos” antes de ver as fotos.
- O cliente C ao ver as fotos indicou a “inclinação” que sempre achou que tinha, mostrando a região cervicodorsal com indicação de melhora, pois era possível olhar menos para o chão.

A autora encontra nesses relatos expressões espontâneas de como cada um deles vivenciou mudanças posturais. Essas expressões demonstraram que cada um experimentou forma diferente de sentir a ação da gravidade promovendo mudanças no corpo que foram sempre tema das sessões durante todo o tratamento.

Com a visualização das fotos (Anexo 3) comprova-se a melhora nos três casos na amplitude da flexão do ombro afetado e a manutenção da restrição ao realizar a rotação externa, comparando as fotos do início e ao final do tratamento. Os movimentos solicitados foram de elevação e rotação externa do membro afetado. Os clientes, no momento da foto, fizeram de forma livre o posicionamento do corpo e dos membros na amplitude possível. Dois clientes fizeram de forma espontânea movimentos com o lado não afetado no momento de tirar as fotos. A autora não interferiu no posicionamento ou na amplitude de movimento.

Com a análise das fotos, pode ser verificado: no caso A, melhora na verticalidade, melhora da horizontalização do olhar e na flexão do ombro afetado; no caso B, melhora do alinhamento das pernas e dos movimentos do ombro na flexão e rotação externa; no caso C, no posicionamento das cinturas escapulares em repouso ou ao realizar os movimentos dos membros superiores.

A referência de alinhamento, ou “linha”, foi relatada em sessões diferentes: caso A, na sexta; caso B, na quinta; caso C, na sétima. Este termo é usado para indicar a percepção que o cliente tem da postura em relação à gravidade como uma força constante que atua nas estruturas músculo-esqueléticas. Em todos os clientes tratados, como pode ser visto no Anexo 3, houve uma melhora da verticalidade, na orientação da cabeça e no posicionamento das cinturas escapulares.

5.5 Comentários da autora

O estudo dos atendimentos em cada fase da Capsulite Adesiva de ombro tratados com o Método Integração Estrutural Rolfing® pode levantar dados sobre vários aspectos de quem sofre esta patologia. O Método Integração Estrutural Rolfing® pode tratar das queixas que foram comuns entre os três clientes, que eram as limitações de movimento e a dor no ombro com a patologia. Respeitando o princípio do Holismo, cada cliente teve as suas queixas atendidas sem comprometer

o objetivo de tratar o cliente pelo todo. Cada sessão teve a estratégia de promover adaptações no sistema músculo-esquelético e cada cliente pode vivenciar no seu tempo e com a sua capacidade. Cada cliente teve a sua dor aliviada, e a limitação dos seus movimentos recuperados dentro de seus potenciais. A possibilidade de um posicionamento da cintura escapular promovido com o Método Integração Estrutural Rolfing® pode favorecer a mobilidade do membro diminuindo os conflitos que favoreciam a manutenção da patologia, na opinião da autora, ao comentar os dados obtidos neste estudo.

CAPÍTULO 6 CONCLUSÃO

O estudo realizado com três clientes com Capsulite Adesiva de ombro tratados com Método Integração Estrutural Rolfing®, seguindo a mesma série de intervenções para os três clientes, indicou respostas favoráveis na resolução ou na diminuição dos distúrbios causados pela Capsulite Adesiva de ombro, nas três fases da patologia. A utilização do **Teste Simples de Ombro**, do questionário **Naper**, e a análise das fotos formaram uma boa fonte de dados para a análise dos resultados para este estudo.

Nas respostas aos questionários **Naper** os clientes relataram ganho na percepção da postura e da relação da postura com os movimentos do ombro afetado. A melhora da postura nos três casos ajudou na melhora da percepção dos movimentos da cintura escapular e no posicionamento desta no gradil costal, possibilitando um direcionamento do úmero em situação de menor conflito articular.

Houve redução das notas da Escala **EVA** de dor nos três casos estudados: o caso A deu nota inicial sete e ao término deu nota dois; o caso B atribuiu nota inicial seis, passando a zero ao final do tratamento; o caso C atribuiu nota inicial quatro, passando a dois no final das sessões.

Com o questionário do **Teste Simples de Ombro** pode-se verificar a recuperação parcial dos movimentos investigados nos três casos. No caso A somente cinco dos itens não apresentaram melhora com as quinze sessões; nos casos B e C em todos os itens houve melhora ao término do tratamento.

As fotografias (Anexo 3) evidenciam, depois do tratamento, melhora da postura nos três casos e também melhora da amplitude livre da flexão do membro afetado. Não se pode notar melhora da amplitude do movimento de rotação externa do ombro nas fotografias.

Ruggi (2011) havia apresentado em seu estudo de caso indicações de boa recuperação da sua cliente com Capsulite Adesiva ao ser tratada com o Método Integração Estrutural Rolfing®. A autora pretendeu verificar qual seria o resultado se o método fosse aplicado nas demais fases. Os resultados colhidos nesta amostra sinalizam que o Método Integração Estrutural Rolfing® contribuiu para a resolução de queixas associadas à Capsulite Adesiva. A amostra deu indicação de que, ao

tratar as estruturas músculo-esqueléticas com Método Integração Estrutural Rolfing® os pacientes obtiveram benefícios nas três fases características da patologia.

Conforme previsto, muitos foram os benefícios do Método Integração Estrutural Rolfing® no tratamento da patologia. As melhoras previstas no aspecto das queixas (melhora das dores e da amplitude de movimentos) e dos diversos aspectos do Ser se confirmaram de forma espontânea nos depoimentos dos clientes, conforme indicado no corpo do trabalho.

Os clientes foram tratados com a mesma sequência de procedimentos mas formas diferentes de resolver ou reduzir os seus problemas foram encontradas, tendo as melhoras acontecido em períodos diferentes para cada um. Este é um ponto frequentemente levantado em estudos descritos com a utilização do Método Integração Estrutural Rolfing®. Cada um dos clientes encontrou um modo peculiar de realizar os movimentos do ombro de forma mais harmônica, respeitando suas limitações e condição algica ao final das quinze sessões realizadas. Estas respostas tornam o processo único e individual de aprendizado, o que é amplamente valorizado no Método Integração Estrutural Rolfing®. Como exemplo, seguem depoimentos espontâneos dos clientes. Caso A: “Pude realizar o exame de ressonância Magnética em decúbito ventral com os membros superiores em extensão total, duas semanas após a conclusão do tratamento”. Caso B: “Pude dormir em decúbito lateral sem acordar com fortes dores no ombro afetado, após três sessões do tratamento. Caso C: “Após a quinta sessão, pude retornar à prática de *MotoCross*, meu esporte preferido, o qual estava incapacitado de praticar por mais de doze meses”.

A autora ressalta ainda que, mesmo sem ter recuperado totalmente os movimentos no período de quinze sessões, os três clientes perceberam os benefícios do tratamento e solicitaram a continuidade dele até a sua total recuperação. Isso foi feito, mas a análise de dados ficou restrita ao período originalmente estabelecido, para evitar contaminação de resultados. Uma única cliente, o caso A não teve o seu tratamento concluído com resolução total das queixas, porque realizou uma viagem ao exterior, onde permaneceu por prazo superior à conclusão desta monografia, ficando a autora sem poder registrar qual era o seu estado ao término deste trabalho.

O acompanhamento médico e as suas orientações foram importantes para confortar o cliente e para a indicação adequada da medicação, de acordo com a

necessidade de cada um. Em todos os três casos tratados não houve indicação de procedimentos invasivos durante o período desta monografia. Entre os casos estudados, somente o caso A recebeu tratamento de fisioterapia clássica associado ao tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing®. Além disso, foi o único caso em que o cliente fez uso contínuo de medicamento durante as três primeiras semanas de tratamento, tendo passado posteriormente para uso eventual, conforme a intensidade da dor. O caso B não fez uso de medicamento durante todo o tratamento. O caso C utilizou medicamento somente quando sentiu dores de forma contínua num período superior a doze horas, enquanto fez o tratamento com o Método Integração Estrutural Rolfing®.

Ao analisar os resultados deste estudo, os dados mostraram redução da dor e melhora dos movimentos do ombro afetado, indicando que ao tratar as estruturas músculo-esqueléticas como proposto pelo Método Integração Estrutural Rolfing®, as melhoras promovidas na postura puderam beneficiar as pessoas que têm a patologia. A autora sugere que, em estudos posteriores, estes resultados poderiam ser estudados em escala mais ampla, para a confirmação ou não dessa tendência.

Finalmente, ainda que a Capsulite Adesiva envolva aspectos de investigação que não puderam ser cobertos neste trabalho, os dados deste estudo poderiam ser usados em futuras investigações sobre esta patologia específica. Em particular, a autora sugere a realização de estudos complementares que possam indicar o número total de sessões necessárias para a recuperação da patologia.

CAPÍTULO 7 REFERÊNCIAS E ANEXOS

7. 1. Referências Bibliográficas

BIENFAIT, M. **As bases da fisiologia da terapia manual**. São Paulo: Ed Summus, 2000.

CALAIS-GERMAIN, B., LAMOTTE, A. **Anatomia para o movimento**. 2^a ed. São Paulo: Manole, 2010.

CASPARI, M. **A contribuição da Integração Estrutural Rolfing® no tratamento de desordens temporomandibulares**. 2011. 105 p. Monografia do curso de Pós Graduação apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, para obtenção do título de Especialista (*lato sensu*). São Paulo. 2011.

CINTRA, M. R. M. **O Conceito da autonomia na Prática da Integração Estrutural Rolfing®**. 2011. 65p Monografia de conclusão de curso de Pós Graduação apresentada ao Centro Integrado Universitário Ítalo Brasileiro para obtenção do título de Especialista (*lato sensu*). São Paulo. 2011.

De PALMA, A. F. **Cirurgia Del Hombro**. 3^a Ed. Buenos Aires: Ed Panamericana, 1985.

FERREIRA FILHO, A. A. Capsulite Adesiva. **Rev. Bras. Ortop.**, V. 40, n. 10, p. 565-674, outubro, 2005.

FEITIS, R. **Ida Rolf fala sobre Rolfing e realidade física**. 2^a ed. São Paulo: Ed. Summus. 1986.

GARDNEY, E., GRAY, D., O'RAHILLY, R. **Anatomia**. 2^a Ed. Rio de Janeiro: Livraria Editora Guanabara Koogan, 1963.

LECH, O; SUDBRACK, G; VALENCZUELA, C. N. Capsulite Adesiva (“ombro congelado”) Abordagem multidisciplinar. **Rev. Bras. Ortop.**, v.28, n. 9, p. 617 – 624, setembro, 1993.

MAIA, P. S. de C. **Estudos de pacientes com síndrome fibromialgica tratados pelo Método Rolfing® de Integração Estrutural.** 2009. 77 f. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em ciências na área de neurologia. 2009.

MATTOLI, P. **Apostila do Curso de formação Básica de Rolfing®-** Unidade 3, disponível na biblioteca da Associação Brasileira de Rolfing®, situada à Rua Coronel Artur de Goddoy, 83. São Paulo, 2013.

MYERS, T. W. **TRILHOS ANATÔMICOS.** 2^a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2010.

MOTA, R. C. **Avaliação da Imagem Corporal Durante o Processo o Rolfing®.** 2003. 110 f. Dissertação (Mestrado) do curso de Pós Graduação apresentada a Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas.Campinas, 2003.

PRADO, P. O. B. **Estudo exploratório da dimensão psicobiológica do Método Rolfing de Integração Estrutural: criação, desenvolvimento e avaliação de questionários.** 509 f. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Estudos de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia hospitalar, Universidade Católica de São Paulo, 2006.

RAMOS, C. H. e SOLA JR, W. **Liberção artrocópica da Capsulite Adesiva,** em SBOT Série Ortopédica Cirúrgica Ombro e Cotovelo. Rio de Janeiro: Ed Elsevier, 2013.

ROBINSON, C. M; SEAH, K. T. M.; CHEE, Y. H; HINDLE, P.; MURRAY, I. R. Frozen shouder. **J Bone Surg Br.** V 94-B, n.1, janeiro, p1-9. 2012.

ROLF, I. P. **Rolfing – A integração das estruturas humanas**. 2^a.ed. São Paulo:Ed Martins Fontes, São Paulo,1990.

RUGGI, A. **Contribuições do Método de Integração Estrutural –Rolfing®, com a abordagem holística, para a solução de casos de capsulite adesiva**. 2011. 71p. Monografia de conclusão de curso de Pós Graduação apresentada ao Centro Integrado Universitário Ítalo Brasileiro para obtenção do título de Especialista (lato sensu). São Paulo, 2011.

SANTOS, A. **A Biomecânica da Coordenação Motora**. 2^a Ed. São Paulo: Summus Editorial, 2002.

YOGI, L. S. **Estudo comparativo entre métodos de avaliação funcional do ombro nas cirurgias de descompressão subacromial e capsuloplastia: Avaliação de 60 pacientes com métodos ASES, CONSTANT, ROWE, SF-36, SST e UCLA *shoulder rating***. 2005. 98 f. Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em ciências. São Paulo, 2005.

7.2. ANEXOS

7.2.1 Anexo 1- Questionário **NAPER**

Entrevista Inicial - NAPER

Data: _____

Rolfista: _____

Endereço _____ ap _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade/estado: _____

Tel: _____ cel: _____ 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 - Já passou pelo processo anteriormente? (01) sim (02) não
- 16 - Se sim, com quem? _____

17- Quantas sessões de Rolfing você fez? _____

PARTE II

PARA SER PREENCHIDO PELO ROLFISTA

18 - 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

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

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

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

() 2 ruim

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

19 A - Comentários _____

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

21- Qual(is)? _____

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

21 B - Como lida com isto? _____

22- Tem dor física? (01) Sim (02) Não

DOR A

23 - Localização: _____

24 - Há quanto tempo? _____

25 - Qual a periodicidade? _____

26 - 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()

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

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

DOR B

23 - Localização: _____

24 - Há quanto tempo? _____

25 - Qual a periodicidade? _____

26 - 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()

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

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

DOR C

23 - Localização _____

24 - Há quanto tempo você possui esta dor? _____

25 - Qual a periodicidade _____

26 - 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 ()

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

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

DOR D

23 - Localização: _____

24 - Há quanto tempo você possui esta dor? _____

25 - Qual a periodicidade? _____

26 - 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 ()

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

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

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

29 - Já sofreu algum acidente? (01) Sim (02) Não (queda, fraturas, cortes,
imobilizações? _____

Quando? _____

29 A - Alguma consequência física ou emocional ? _____

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

31- De quê? _____

32 - Quando? _____

30 A - Como foi esta experiência do ponto de vista físico e emocional?

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

34 - De que tipo? _____

35 - Quando? _____

33 A - O que o levou a fazê-la? _____

36 - Atualmente, você está submetendo-se a algum tipo de tratamento?

(01) Sim (02) Não

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

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

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

40 - Para quê? _____

41 - Por quem foi prescrito? _____

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

42 - 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

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

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

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

() 1 péssimo

() 2 ruim

() 3 regular

() 4 bem

() 5 ótimo

44 A - Comentários _____

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

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

46 - Há quanto tempo? _____

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

48 - Por quanto tempo? _____

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

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

Qual(is)?

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

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

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

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

58 - Qual(is)? _____

59 - Com que regularidade? _____

60 - Quais são suas atividades favoritas de lazer? _____

61 - Como usa seu corpo no cotidiano? _____

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

63 - Algo mais que considera importante relatar? _____

7. 2 .2 ANEXO 2 – SIMPLES TESTE DO OMBRO. (tradução livre da autora)

Nome:Data:

Responda as questões com sim ou não.

Se você não faz movimento normal. Tente imaginar que você consegue. Se o seu ombro te restringe? Se a atividade não causa dor ou raramente causa dor então responda não, se seu ombro dói às vezes, frequentemente, ou sempre que você faz uma atividade responda sim!

- 1-) O seu ombro fica confortável quando esta relaxado ao longo do corpo? Sim ()
Não ()
- 2-) Seu ombro permite que você durma confortavelmente ? Sim () Não ()
- 3-) Você pode colocar a camisa para dentro da calça? Sim () Não ()
- 4-) Você pode colocar a mão atrás da sua cabeça com o cotovelo aberto? Sim ()
Não ()
- 5-) Você pode colocar uma moeda em uma prateleira na altura do seu ombro sem dobrar o seu cotovelo? Sim () Não ()
- 6-) Você pode levantar ½ Kg na altura do seu ombro sem dobrar o cotovelo? Sim ()
Não ()
- 7-) Você pode levantar 4kg na mesma posição ? Sim () Não ()
- 8-) Você pode carregar 10kg com o braço afetado ao lado do corpo? Sim () Não ()
- 9-) Você acha que pode jogar bola de tênis de baixo para cima ao lado do seu corpo a 10 metros?
Sim () Não ()
- 10-) Você acha que pode jogar a bola acima de sua cabeça? Sim () Não ()
- 11-) Você pode lavar a parte posterior do ombro contrário ao lado afetado? Sim ()
Não ()
- 12-) Seu ombro te permite trabalhar em tempo integral no seu trabalho? Sim ()
Não ()

Evolução do Paciente

O que faz seu ombro doer?-----

- 1-) Você tem dor no ombro durante a noite? Sim () Não ()
- 2-) Você toma remédios ? Sim () Não () Quais e quantas vezes ao dia?-----

3-) Você sente seu ombro rígido? Sim () Não ()

4-) Seu ombro parece estar solto ou instável? Sim () Não ()

5-) Qual seu esporte favorito? Há Algum?-----

6-) Qual a coisa mais difícil de fazer em casa ou no trabalho?-----

Quantifique através das notas exemplificadas abaixo, as seguintes tarefas:

Normal (4)

Leve Comprometimento (3)

Dificuldade (2)

Preciso de Ajuda (1)

Sou Incapaz de Fazer (0)

A-) Usar seu bolso traseiro ().

B-) Limpar o períneo ().

C-) Lavar a axila oposta ().

D-) Comer com talher ().

E-) Pentear os Cabelos ().

F-) Usar a Mão, com o braço na altura do ombro ().

G-) Carregar de 5 a 8 kg com o braço ao longo do corpo ().

H-) Vestir-se sozinho ().

I-) Dormir sobre o ombro afetado ().

J-) Ao ser puxado ().

L-) Usar a Mão acima da cabeça ().

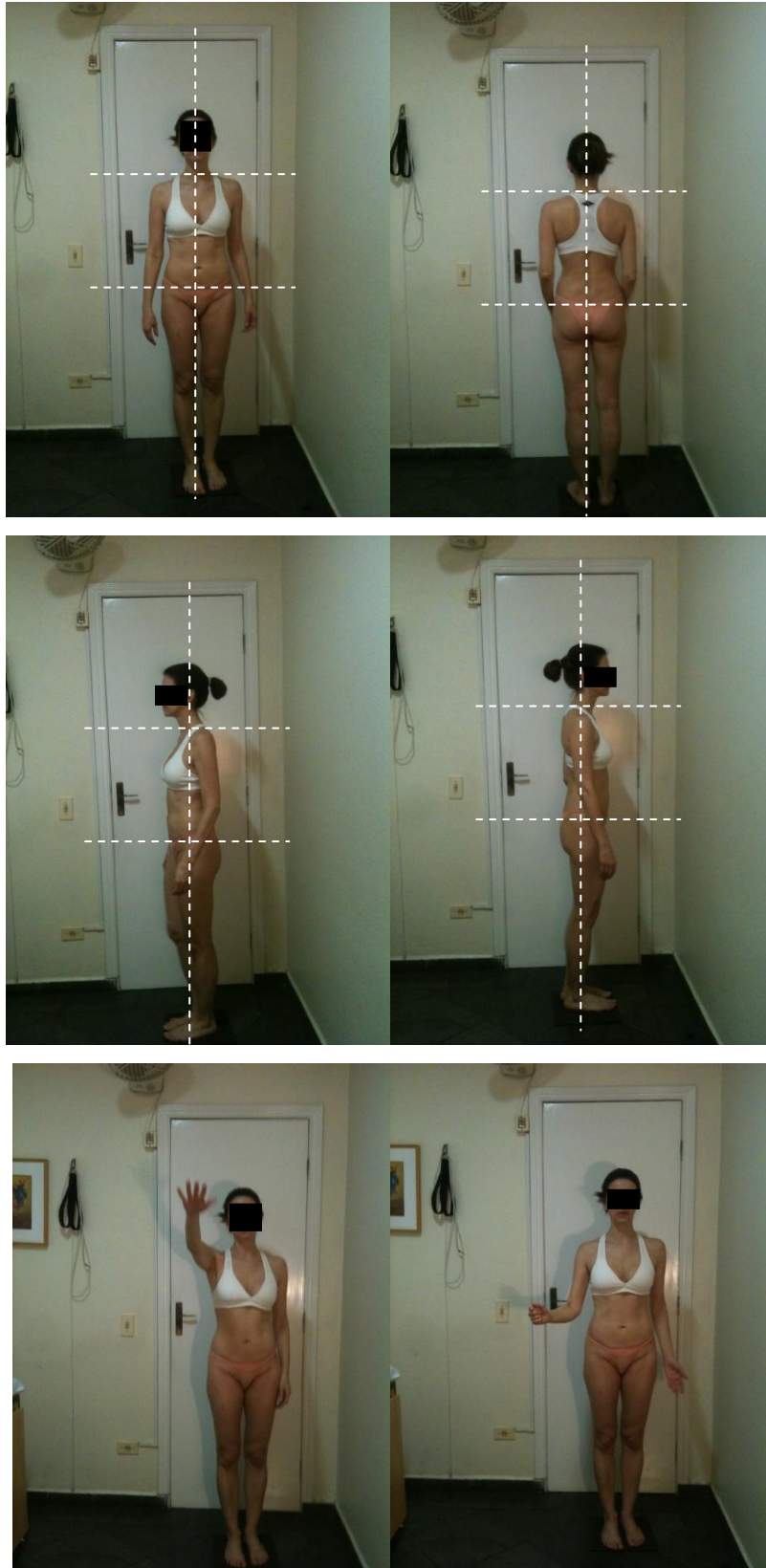
M-) Arremessar algo ().

N-) Levantar algo ().

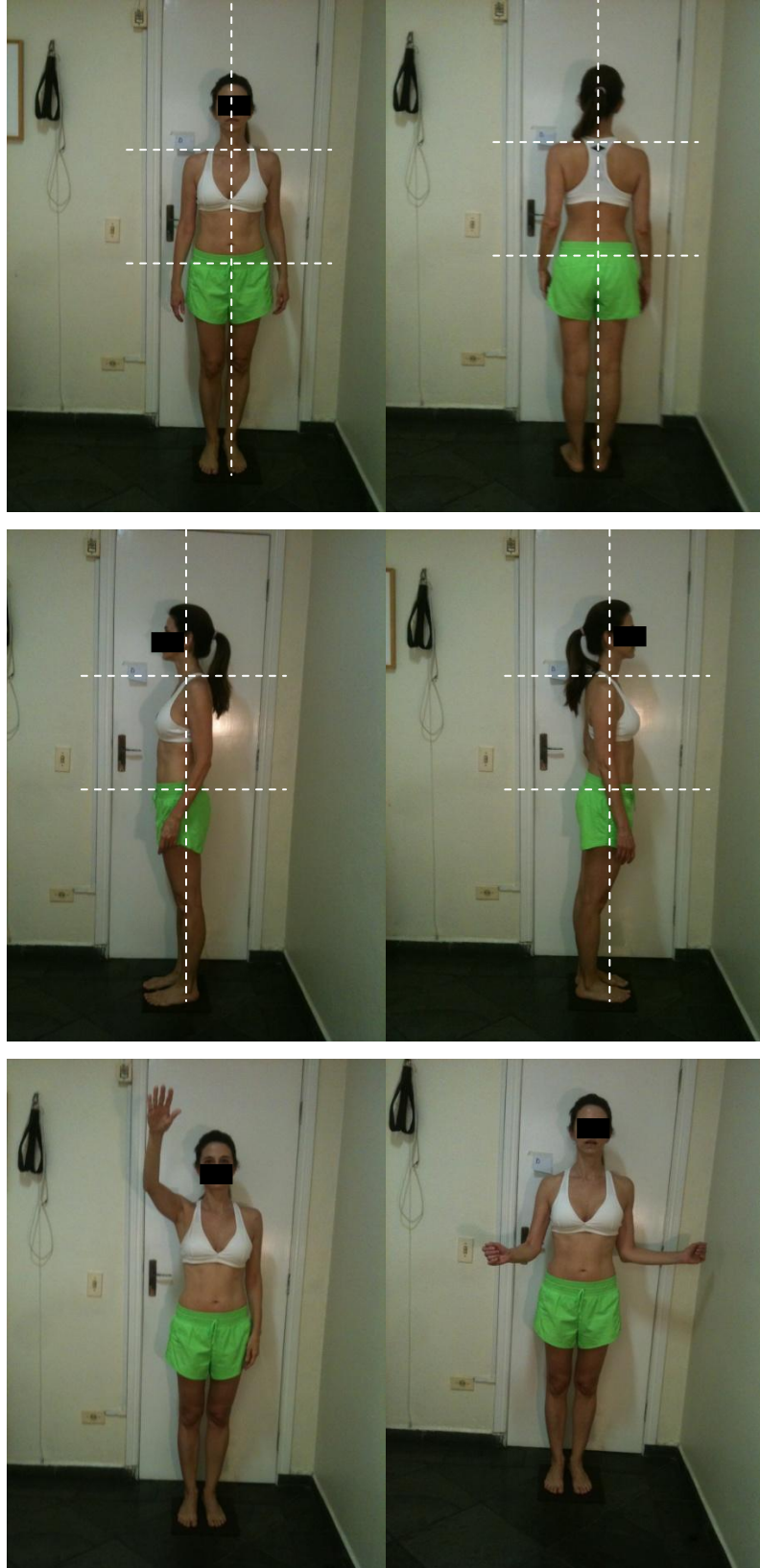
O-) Fazer seu trabalho habitualmente ().

P-) Praticar esporte habitualmente ().

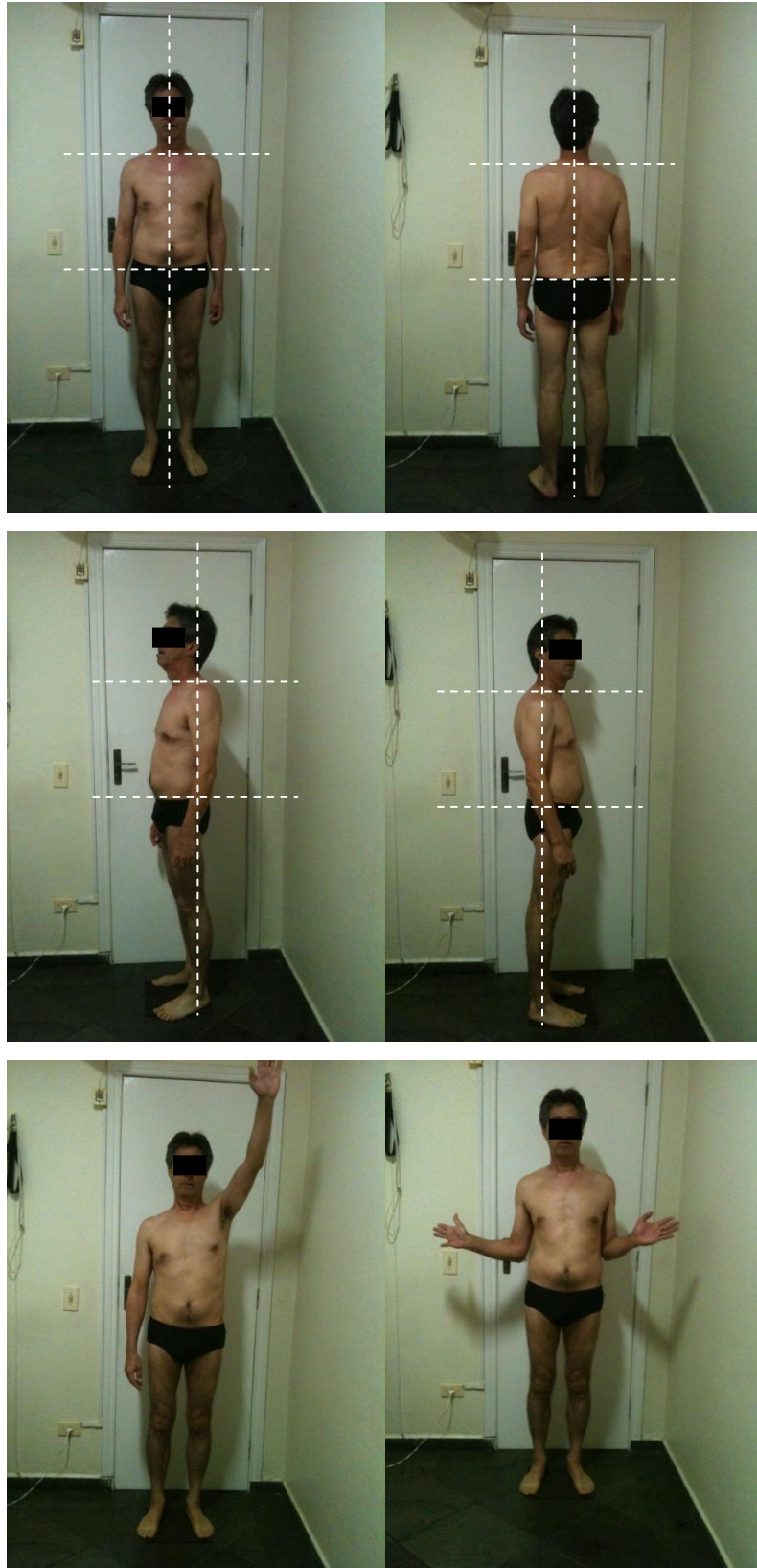
7.2.3 ANEXO 3 - Fotos dos pacientes



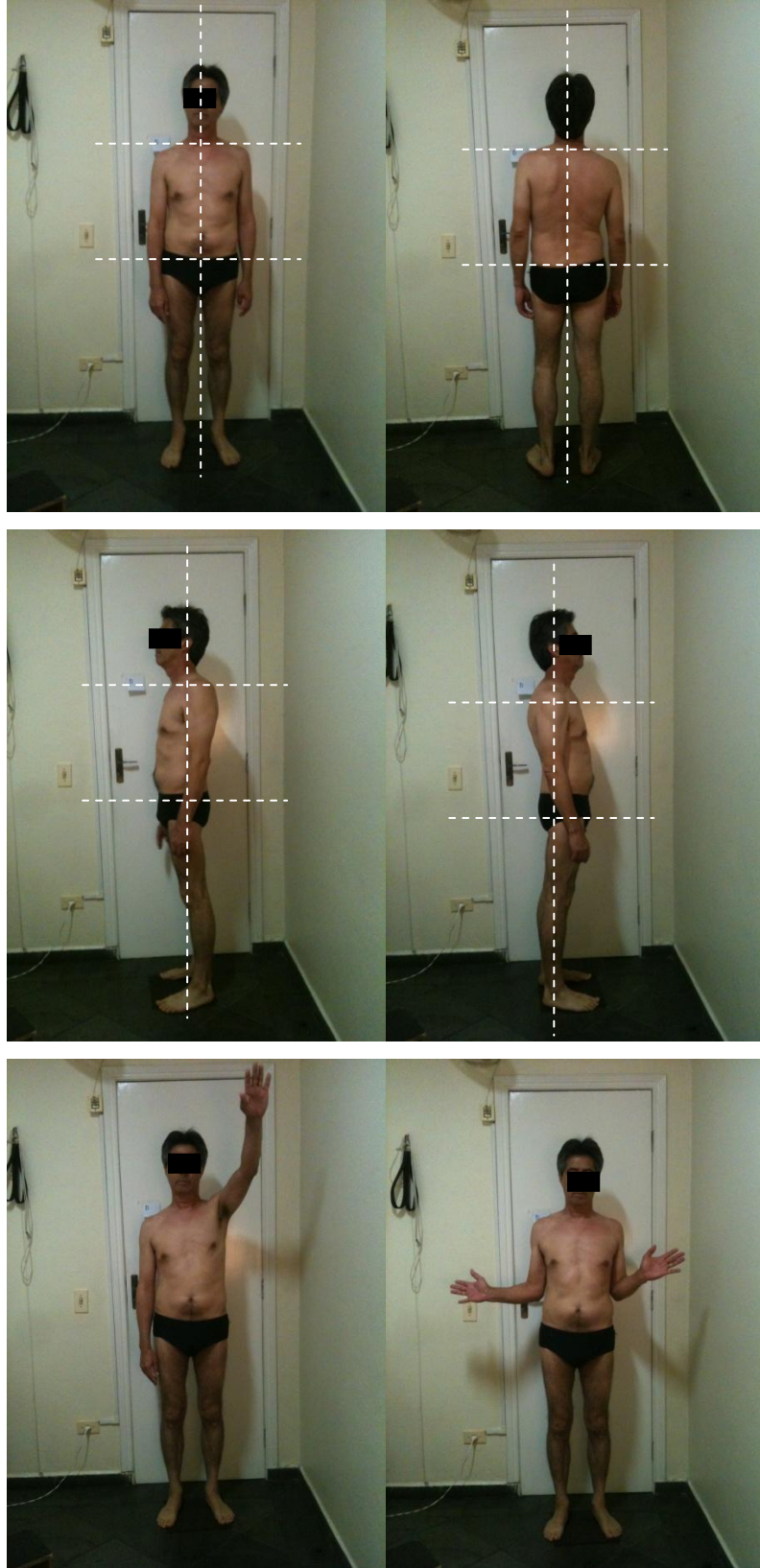
CASO A - Primeira sessão. Membro direito com capsulite.



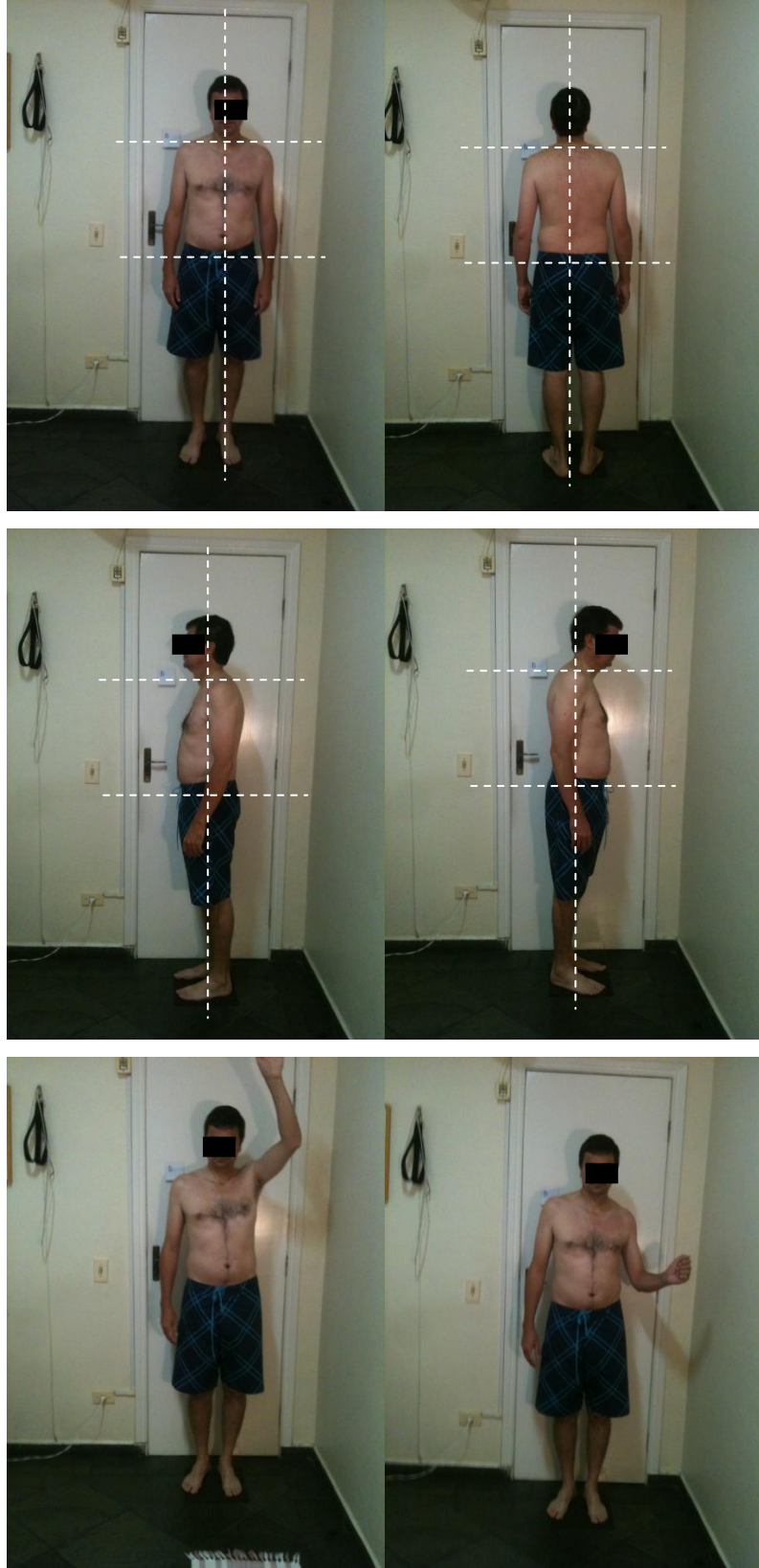
CASO A- Última sessão. Membro direito com capsulite.



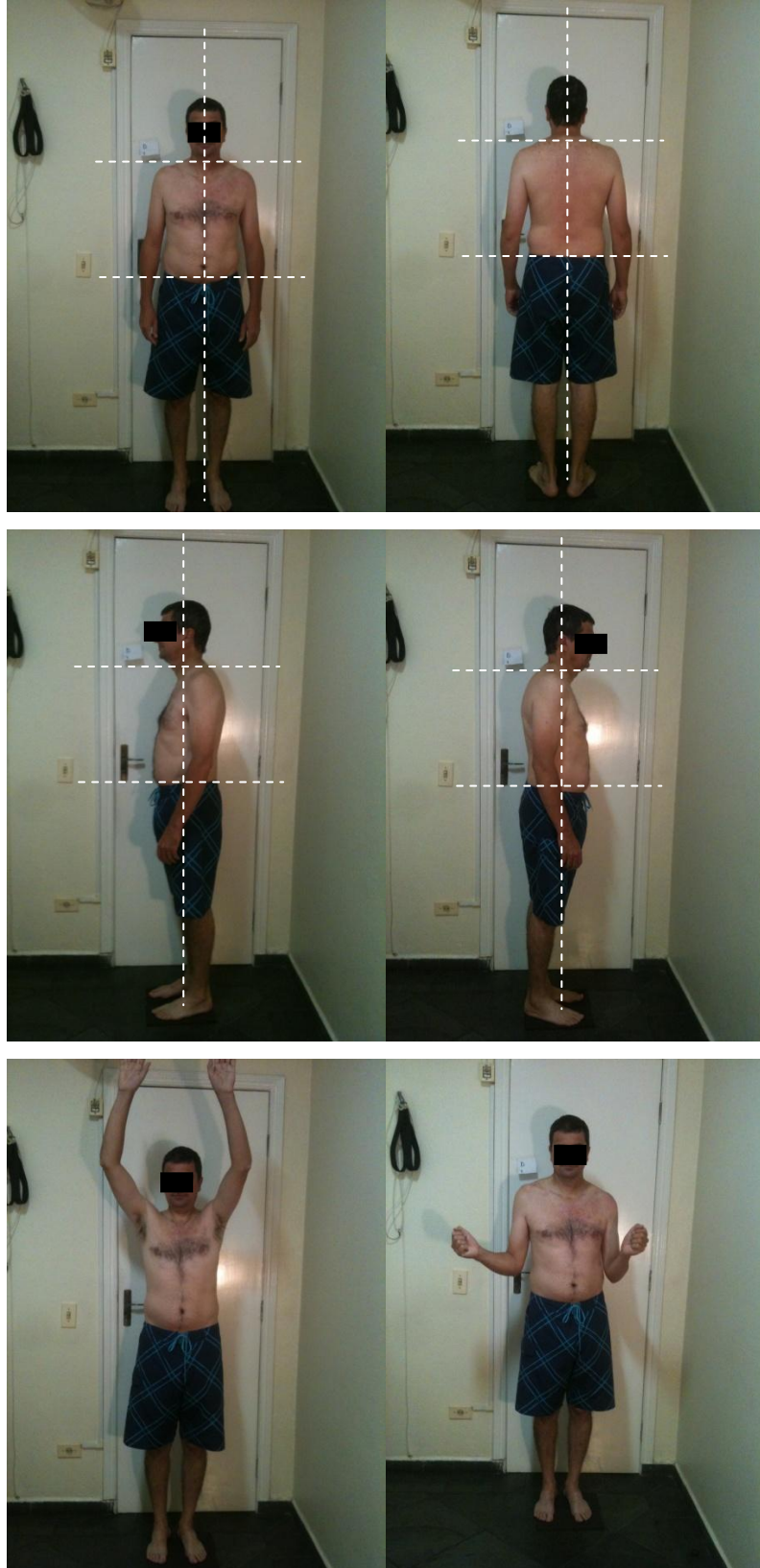
CASO B- Primeira sessão. Membro esquerdo com capsulite.



CASO B- Última sessão. Membro esquerdo com capsulite



CASO C –Primeira sessão. Membro esquerdo com capsulie.



CASO C- Última sessão. Membro esquerdo com capsulite.

