PEDRO OTÁVIO BARRETTO PRADO

ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DIMENSÃO PSICOBIOLÓGICA DO MÉTODO ROLFING DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL:

CRIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

DOUTORADO – PSICOLOGIA CLÍNICA

PUC / SP
São Paulo
2006

PEDRO OTÁVIO BARRETTO PRADO

ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DIMENSÃO PSICOBIOLÓGICA DO MÉTODO ROLFING DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL:

CRIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

VOLUME 1

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica.

Orientador: Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos

PUC / SP

São Paulo
2006

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos

Banca Examinadora

_____

Nome e assinatura

_____

Nome e assinatura

_____

Nome e assinatura

_____

Nome e assinatura

_____

Nome e assinatura

_____

Nome e assinatura

_____

Nome e assinatura

São Paulo, _____ de _____, 2006

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

NÚCLEO DE PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR

Coordenadora do Programa: Doutora Denise Gimenez Ramos

Coordenadora do Núcleo: Doutora Mathilde Neder

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura:_____ Local e Data:_____

Dedico este trabalho aos futuros pesquisadores,
que, como eu, acreditam no Rolfing e,
levarão avante esta investigação,
em benefício da humanidade.

AGRADECIMENTOS

A
Deus
Que me deu
Existência e saúde
Para concluir este trabalho!
A
Todos os anjos,
Que quando menos se esperava,
Surgiam, dando suporte e direção a este estudo...
A
Todos companheiros de jornada, que comigo realizaram esta empreitada.

De coração, agradeço.

À
PAULA
....

Quando o corpo não esta alinhado,
O poder interior não emerge.
Quando não há tranqüilidade interna,
A mente não se organiza.
Alinhe seu corpo, auxilie o poder interior,
E ele, gradualmente, surgirá por si só.

Nei-yeh
Antigo poema taoista

RESUMO

PRADO, P.O.B. ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DIMENSÃO PSICOBIOLÓGICA DO MÉTODO ROLFING DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL: criação, desenvolvimento e avaliação de questionários. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Evidências empíricas apontam o valor do Método Rolfing de Integração Estrutural no Campo da psicologia. O trabalho de Ida P. Rolf é uma proposta holística, de organização da estrutura humana no campo gravitacional, pela reorganização do tecido miofascial, por toques especializados e educação pelo movimento. O objetivo deste trabalho é dar continuidade à investigação da natureza psicobiológica do método Rolfing e sua intersecção com o domínio da psicossomática. Estudou-se o alcance de questionários desenvolvidos em pesquisa-ação no NAPER (Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Estudo em Rolfing, São Paulo, Brasil) e nas Escolas de Rolfing, no Brasil e nos Estados Unidos, onde o autor participou de um programa em que a elaboração, aplicação e avaliação dos questionários ocorriam simultaneamente. Os questionários foram usados nos processos de Rolfing de 874 clientes, sendo 714 do serviço de atendimento do NAPER e 160 clientes de classe das Escolas de Rolfing e, destes, 55, no Brasil e, 105, nos Estados Unidos. Foram avaliadas as respostas aos questionários das três amostras, isolada e comparativamente, tendo sido feita uma análise quantitativa das perguntas fechadas, utilizando-se o SPSS, e tendo aplicados testes estatísticos de acordo com o nível de mensuração das amostras. Realizou-se uma análise qualitativa das respostas às perguntas abertas em que se utilizou o SPAD.T, fazendo-se um levantamento das freqüências das palavras utilizadas nas respostas, agrupamentos das palavras por afinidade conceitual, além da busca e da análise do contexto em que foram utilizadas. Também foi feito o levantamento dos temas emergentes nas respostas e suas freqüências. Verificou-se que os questionários trouxeram dados que apresentam a dimensão psicobiológica do método Rolfing em todas as amostras, revelando-se eficientes no uso com profissionais formados, com alunos nas escolas e em diferentes culturas. Foram comparadas a localização, a intensidade e a periodicidade de dores relatadas, e notou-se tendência significativa para a diminuição da intensidade das dores antes e depois do processo, e diminuição na periodicidade tanto de dores recentes como crônicas em todas as localizações descritas. Nas Escolas, foi avaliada a percepção dos clientes quanto à sua Qualidade de Vida pelo WHOQOL-BREF, antes e depois do processo de Rolfing, com resultados significativos, corroborando os resultados apontados pelos questionários. O autor considera que o utilizar questionários representa atividade mental reflexiva, e que o emprego deles serve simultaneamente a propósitos de atendimento, de pesquisa e de educação, sendo o elo metodológico entre estas dimensões do trabalho, permitindo-se, assim, alavancar a percepção da dimensão psicobiológica do Rolfing e seu valor como metodologia em psicossomática. Foi feita uma revisão e uma proposta de uma bateria de questionários que possuem dois níveis: um, de perguntas fechadas e, outro, de perguntas abertas, que podem ser usados independentemente ou acoplados, e que atuam concomitantemente na investigação dos dados e eliciam a reflexão sobre a dimensão psicobiológica: um instrumento ao mesmo tempo de pesquisa e pedagógico.

PALAVRAS-CHAVE: Rolfing, Integração Estrutural, psicossomática, psicobiológico, questionários psicofísico.

ABSTRACT

PRADO, P.O.B. EXPLORATORY STUDIES OF THE PSYCHOBIOLOGICAL DIMENSION OF THE ROLFING METHOD OF STRUCTURAL INTEGRATION: creation, development and evaluation of questionnaires. (Thesis). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Empirical evidence indicates the importance of the Rolfing Method of Structural Integration for the field of Psychology. Ida P. Rolf's work is a holistic approach of organizing the human body structure in the gravitational field by rebalancing the myofascia (connective tissue) through special touch and movement education. The objective of the study described herein is to provide a systematic and consistent method for investigating the psychobiological nature of Rolfing and its intersection with the domain of psychosomatics. The author studied the power of questionnaires that had been developed for clinical research at NAPER (Brazilian Rolfing Association's Center for Clinical Practice, Research and Studies on Rolfing) and at Rolfing schools in Brazil and the United States, where the author had participated in the simultaneous elaboration, application and evaluation of the questionnaires. The questionnaires were used in connection with the Rolfing processes of 874 clients in three groups: 714 at NAPER and 160 in the Rolfing schools (55 in Brazil and 105 in the US). The questionnaire responses were evaluated both within each and among all of these three groups. The responses to closed questions were subjected to an SPSS quantitative analysis, applying statistical tests appropriate to the metrics of the questions and responses themselves. The responses to open questions were qualitatively analyzed with an SPAD.T method: for particular words, the frequencies and contexts of their uses were tabulated; then, words were grouped by conceptual affinity, and the contexts in which they appeared were analyzed. The themes that emerged from the responses, as well as their frequencies, were noted. These analyses of the data gathered in response to the questionnaires demonstrated the presence of a psychobiological dimension of Rolfing and, what's more, demonstrated to be an efficient tool for practitioners and students alike, regardless of cultural milieu. At the schools, clients' perceptions concerning their quality of life before and after the Rolfing process were evaluated through the WHO-QOL questionnaire. The results were significant, and corroborated the indications of the NAPER results. The questionnaires also addressed the pre- and post-process intensity and frequency of reported pain; and indicated a significant decrease of both intensity and frequency of pain after the process. This was the case for both recent-onset and chronic pain, regardless of the location of the pain. The author posits that use of the questionnaires is, in and of itself, a mental reflexive activity – an activity that makes salient the psychobiological dimension of Rolfing and it's value as a psychosomatic method. What's more, because the questionnaires further clinical, educational and research objectives simultaneously, their use highlights the relationship among those objectives. Based on his review of the evidence, the author sets forth a proposal for a revised questionnaire that comprises two levels, which could be explored independently or jointly. The first level consists of closed questions, which facilitates the collection of data for investigation. The second consists of open questions, which elicits reflection upon the psychobiological dimension of the work. Taken as a whole, this proposed questionnaire is an instrument of both research and teaching.

KEY WORDS: Rolfing, Structural Integration, Psychosomatics, Psychobiology, Psychophysical questionnaires.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Freqüências e porcentagens relativas quanto à apresentação de objetivos Físicos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras. 124

Tabela 2 Freqüências e porcentagens relativas quanto à apresentação de objetivos Psicobiológicos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras. 124

Tabela 3 Freqüências e porcentagens relativas quanto à apresentação outros objetivos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras. 125

Tabela 4 Quadro-síntese das freqüências e porcentagens relativas quanto aos objetivos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras. 125

Tabela 5 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que já sofreram algum acidente. 128

Tabela 6 Freqüências e porcentagens relativas quanto aos tipos de acidentes sofridos pelos clientes das diferentes amostras. 129

Tabela 7 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a apresentarem queixa de terem alguma limitação física. 130

Tabela 8 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a apresentarem queixa de terem dor física. 132

Tabela 9 Freqüências e porcentagens relativas da localização da dor A, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 133

Tabela 10 Freqüências e porcentagens relativas da localização da dor B, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 134

Tabela 11 Freqüências e porcentagens relativas da localização da dor C, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 135

Tabela 12 Freqüências e porcentagens relativas à quanto tempo apresenta a dor A entre os clientes das diferentes amostras. 137

Tabela 13 Freqüências e porcentagens relativas à quanto tempo apresenta a dor B entre os clientes das diferentes amostras. 137

Tabela 14 Freqüências e porcentagens relativas à quanto tempo apresenta a dor C entre os clientes das diferentes amostras. 138

Tabela 15 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor A, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 139

Tabela 16 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor B, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 140

Tabela 17 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor C, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 140

Tabela 18 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor A, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 141

Tabela 19 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor B, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 141

Tabela 20 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor C, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 142

Tabela 21 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que já passaram por cirurgia. 144

Tabela 22 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que já fizeram cirurgia plástica.....144

Tabela 23 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que estão se submetendo a algum outro tipo de tratamento.....145

Tabela 24 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que estão tomando algum tipo de medicamento.....146

Tabela 25 Freqüências e porcentagens relativas dos tipos de medicamento que os clientes das diferentes amostras que tomam medicamentos estão usando.....146

Tabela 26 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras que relatam apresentar alguma doença.....148

Tabela 27 Freqüências e porcentagens relativas das doenças reportadas pelos clientes das diferentes amostras que relataram ter alguma doença. 149

Tabela 28 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que relataram ter ficado grávidas.....152

Tabela 29 Freqüências e porcentagens relativas referentes aos tipos de parto relatados pelas clientes das diferentes amostras. 152

Tabela 30 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a se usam DIU. 153

Tabela 31 Freqüências e porcentagens relativas a como os clientes das diferentes amostras reportam sentirem-se emocionalmente antes do processo de Rolfing. 154

Tabela 32 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a estarem fazendo psicoterapia. 156

Tabela 33 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras que fazem psicoterapia quanto ao tempo que o fazem. 156

Tabela 34 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a terem feito psicoterapia.....157

Tabela 35 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras que fizeram psicoterapia quanto ao tempo que o fizeram. 158

Tabela 36 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto à utilização de medicamentos psicotrópicos.....159

Tabela 37 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto à realização de alguma atividade física. 160

Tabela 38 Freqüências e porcentagens relativas às diferentes atividades físicas praticadas pelos clientes das diferentes amostras. 161

Tabela 39 Freqüências e porcentagens relativas à freqüência com que os clientes das diferentes amostras relataram fazer atividades físicas. 162

Tabela 40 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a terem vida sexual ativa. 163

Tabela 41 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a terem atingido seus objetivos com o processo de Rolfing. 165

Tabela 42 Freqüências e porcentagens relativas à localização da dor A, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 167

Tabela 43 Freqüências e porcentagens relativas à localização da dor B, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 168

Tabela 44 Freqüências e porcentagens relativas à localização da dor C, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 169

Tabela 45 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor A, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 170

Tabela 46 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor B, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 171

Tabela 47 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor C, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 171

Tabela 48 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor A, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 172

Tabela 49 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor B, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 173

Tabela 50 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor C, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras. 173

Tabela 51 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto ao trabalho com seu rolfista. 175

Tabela 52 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto ao atendimento na Escola ou NAPER. 175

Tabela 53 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto a ajuda de Rolfing em outros aspectos do seu ser. 176

Tabela 54 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto a como reportam se sentirem emocionalmente após o processo de Rolfing. 177

Tabela 55 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de sessões em que foram utilizadas técnica Estrutural pelos rolfistas nos processos com seus clientes nas diferentes amostras... 180

Tabela 56 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de sessões em que foram utilizadas técnica de Movimento pelos rolfistas nos processos com seus clientes nas diferentes amostras. 180

Tabela 57 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de sessões em que foram utilizadas técnicas Integradas pelos rolfistas nos processos com seus clientes nas diferentes amostras. 181

Tabela 58 Freqüências e porcentagens relativas à compleição dos processos nas diferentes amostras. 182

Tabela 59 Freqüências e porcentagens relativas à indicação da sessão em que os processos foram interrompidos nas diferentes amostras. 182

Tabela 60 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de retornos que aconteceram nas diferentes amostras. 183

Tabela 61 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 190

Tabela 62 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.....190

Tabela 63 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 191

Tabela 64 Temas emergentes nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 192

Tabela 65 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 196

Tabela 66 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.....196

Tabela 67 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 197

Tabela 68 Temas emergentes nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 198

Tabela 69 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 202

Tabela 70 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 202

Tabela 71 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 203

Tabela 72 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 204

Tabela 73 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras. 207

Tabela 74 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 1 da Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....207

Tabela 75 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....208

Tabela 76 Temas emergentes nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 209

Tabela 77 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 213

Tabela 78 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....213

Tabela 79 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....214

Tabela 80 Temas emergentes nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 215

Tabela 81 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 220

Tabela 82 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....220

Tabela 83 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....221

Tabela 84 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 222

Tabela 85 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 227

Tabela 86 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....227

Tabela 87 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....228

Tabela 88 Temas emergentes nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 229

Tabela 89 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 233

Tabela 90 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....233

Tabela 91 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....234

Tabela 92 Temas emergentes nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 235

Tabela 93 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 239

Tabela 94 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....239

Tabela 95 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 240

Tabela 96 Temas emergentes nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 241

Tabela 97 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 243

Tabela 98 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....243

Tabela 99 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 244

Tabela 100 Temas emergentes nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 245

Tabela 101 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 248

Tabela 102 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....248

Tabela 103 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 249

Tabela 104 Temas emergentes nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 250

Tabela 105 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 253

Tabela 106 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.....253

Tabela 107 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras. 254

Tabela 108 Temas emergentes nas respostas à pergunta 9 do RC nas diferentes amostras. 255

Tabela 109 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras. 261

Tabela 110 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....261

Tabela 111 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....262

Tabela 112 Temas emergentes nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....263

Tabela 113 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....266

Tabela 114 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....266

Tabela 115 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....267

Tabela 116 Temas emergentes nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....268

Tabela 117 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....272

Tabela 118 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....272

Tabela 119 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....273

Tabela 120 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....274

Tabela 121 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....279

Tabela 122 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....279

Tabela 123 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....280

Tabela 124 Temas emergentes nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....281

Tabela 125 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....284

Tabela 126 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....284

Tabela 127 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....285

Tabela 128 Temas emergentes nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.....286

Tabela 129 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 289

Tabela 130 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 289

Tabela 131 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 290

Tabela 132 Temas emergentes nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 291

Tabela 133 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 295

Tabela 134 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 295

Tabela 135 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 296

Tabela 136 Temas emergentes nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER. 297

Tabela 137 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Rolfista na amostra da Escola EUA. 301

Tabela 138 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Rolfista na amostra da Escola EUA. 301

Tabela 139 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 8 do na amostra da Escola EUA. 302

Tabela 140 Temas emergentes nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Rolfista na amostra da Escola EUA. 303

Tabela 141 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras. 305

Tabela 142 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras 305

Tabela 143 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras. 306

Tabela 144 Temas emergentes nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras. 307

Tabela 145 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing. 311

Tabela 146 EUA -Médias das Intensidade, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing. 312

Tabela 147 Total das Escolas - - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing. 313

Tabela 148 NAPER - - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing. 314

Tabela 149 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing. 315

Tabela 150 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing 317

Tabela 151 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 318

Tabela 152 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 319

Tabela 153 EUA - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing 320

Tabela 154 EUA - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing 321

Tabela 155 EUA - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing 322

Tabela 156 Total das Escolas - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 323

Tabela 157 Total das Escolas - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 324

Tabela 158 Total das Escolas - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 325

Tabela 159 NAPER - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 326

Tabela 160 NAPER - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 327

Tabela 161 NAPER - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 328

Tabela 162 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 329

Tabela 163 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 330

Tabela 164 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing. 331

Tabela 165 BR - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C. 333

Tabela 166 EUA - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C. 335

Tabela 167 Total das Escolas - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C. 337

Tabela 168 NAPER - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C. 339

Tabela 169 Total Geral - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C. 341

Tabela 170 Media da Intensidade x localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 344

Tabela 171 Media da Intensidade x localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 347

Tabela 172 Media da Intensidade x localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 350

Tabela 173 Freqüência da localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 353

Tabela 174 Freqüência da localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 353

Tabela 175 Freqüência da localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 354

Tabela 176 Desvio-Padrão da media das intensidades das diferentes localizações da dor A, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 355

Tabela 177 Desvio-Padrão da media das intensidades das diferentes localizações da dor B, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 355

Tabela 178 Desvio-Padrão da media das intensidades das diferentes localizações da dor C, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras. 356

Tabela 179 BR - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 358

Tabela 180 BR - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 359

Tabela 181 BR - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 360

Tabela 182 EUA - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 361

Tabela 183 EUA - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 362

Tabela 184 EUA - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 363

Tabela 185 Total das Escolas - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 364

Tabela 186 Total das Escolas - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 365

Tabela 187 Total das Escolas - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 366

Tabela 188 NAPER - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 367

Tabela 189 NAPER - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 368

Tabela 190 NAPER - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 369

Tabela 191 Total Geral - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 370

Tabela 192 Total Geral - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 371

Tabela 193 Total Geral - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 372

Tabela 194 BR - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 374

Tabela 195 EUA Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 376

Tabela 196 Total das Escolas - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 378

Tabela 197 NAPER - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 380

Tabela 198 Total Geral - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 382

Tabela 199 BR – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.....385

Tabela 200 EUA – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.....386

Tabela 201 Total das Escolas – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 387

Tabela 202 NAPER – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing. 388

Tabela 203 Total Geral – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing...389

Tabela 204 Como se sente do ponto de vista emocional, antes e depois do processo de Rolfing – Freqüência. 392

Tabela 205 BR - Estatísticas das amostras emparelhadas 394

Tabela 206 BR - Testes das amostras emparelhadas 394

Tabela 207 EUA - Estatísticas das amostras emparelhadas 395

Tabela 208 EUA - Testes das amostras emparelhadas 395
Tabela 209 Total das Escolas - Estatísticas das amostras emparelhadas.....396
Tabela 210 Total das Escolas - Testes das amostras emparelhadas 396

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 BR - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing . .311

Figura 2 EUA - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing.312

Figura 3 Total das Escolas - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing. 313

Figura 4 NAPER - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing. 314

Figura 5 Total Geral - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing. 315

Figura 6 BR - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 317

Figura 7 BR - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 318

Figura 8 BR - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 319

Figura 9 EUA - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 320

Figura 10 EUA -Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 321

Figura 11 EUA - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 322

Figura 12 Total das Escolas -.Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.....323

Figura 13 Total das Escolas - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.....324

Figura 14 Total das Escolas - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.....325

Figura 15 NAPER - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 326

Figura 16 NAPER - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 327

Figura 17 NAPER - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 328

Figura 18 Total Geral - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X

periodicidade. 329

Figura 19 Total Geral - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 330

Figura 20 Total Geral - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade. 331

Figura 21 BR - Média da intensidade das dores A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 333

Figura 22 BR - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 334

Figura 23 BR - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 334

Figura 24 EUA - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 335

Figura 25 EUA - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 336

Figura 26 EUA - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 336

Figura 27 Total das Escolas - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 337

Figura 28 Total das Escolas - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 338

Figura 29 Total das Escolas - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 338

Figura 30 NAPER - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 339

Figura 31 NAPER - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor 340

Figura 32 NAPER - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 340

Figura 33 Total Geral - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 341

Figura 34 Total Geral - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dorl. 342

Figura 35 Total Geral - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor. 342

Figura 36 BR - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 344

Figura 37 EUA - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 345

Figura 38 Total das Escolas -.Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 345

Figura 39 NAPER - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 346

Figura 40 Total Geral. - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localizaçã. 346

Figura 41 BR - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 347

Figura 42 EUA - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 348

Figura 43 Total das Escolas -.Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização 348

Figura 44 NAPER - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 349

Figura 45 Total Geral. - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 349

Figura 46 BR - Média da intensidade da dor C antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 350

Figura 47 EUA - Média da intensidade da dor C antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 351

Figura 48 Total das Escolas -Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 351

Figura 49 NAPER - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 352

Figura 50 Total Geral - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Localização. 352

Figura 51 BR - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 374

Figura 52 BR - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 375

Figura 53 BR - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 375

Figura 54 EUA - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 376

Figura 55 EUA - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 377

Figura 56 EUA - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 377

Figura 57 Total das Escolas - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 378

Figura 58 Total das Escolas - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing 379

Figura 59 Total das Escolas - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 379

Figura 60 NAPER - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. NAPER 380

Figura 61 NAPER - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing 381

Figura 62 NAPER - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 381

Figura 63 Total Geral - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. 382

Figura 64 Total Geral - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing. 383

Figura 65 Total Geral - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing. 383

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Síntese dos dados referentes à Pesquisa de Porges, 1991.....84

Quadro 2 Síntese dos perfis dos clientes do NAPER, 2003. 88

Quadro 3 Síntese dos perfis dos clientes do NPER, 2005. 91

Quadro 4 Histórico do desenvolvimento dos Questionários do NAPER. 109

Quadro 5 Perfil dos Clientes do NAPER. 112

Quadro 6 Perfil dos Clientes das Escolas. 115

SUMÁRIO

CAPÍTULO I 2

1. INTRODUÇÃO 2

1.1. TRAJETÓRIA PESSOAL 2

1.2. HISTÓRIA DO ROLFING 11

1.3. ROLFING E PSICOSSOMÁTICA 18

1.4. ATITUDE FILOSÓFICA NO ROLFING 23

1.5. AVANÇOS NA TEORIA E PRÁTICA DO ROLFING 33

1.6. O DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA EM ROLFING 65

1.7. REVISÃO HISTÓRICA DO PROCEDIMENTO DE PESQUISA EM ROLFING 78

CAPITULO II 95

2. MÉTODO 95

2.1. OBJETIVOS 95

2.1.1. OBJETIVOS GERAIS 95

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 95

2.1.3. JUSTIFICATIVA 95

2.2. PROCEDIMENTO 97

2.2.1. INTRODUÇÃO AO PROCEDIMENTO 97

2.2.2. HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS 99

2.2.3. PROCEDIMENTO DE CONSTRUÇAO DOS QUESTIONÁRIOS 101

2.2.3.1. ENTREVISTA INICIAL 102

2.2.3.2. RELATÓRIO DE SESSÃO 105

2.2.3.3. RELATÓRIO DO CLIENTE 106

2.2.3.4. RELATÓRIO DO ROLFISTA 107

2.2.4. APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS 111

2.2.4.1. SUJEITOS DO NAPER 111

2.2.4.2. SUJEITOS DA ESCOLA 113

2.2.5. TRATAMENTO DOS DADOS 116

2.2.5.1. RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS 117
2.2.5.1.1. ANÁLISE QUANTITATIVA 117
2.2.5.1.2. ANÁLISE QUALITATIVA 117
2.2.5.2. OS QUESTIONÁRIOS, SEU PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO E SUAS PERGUNTAS 118
2.2.5.3. WHOQOL-BREF 119
CAPÍTULO III 121
3. RESULTADOS 121
3.1. ANÁLISE QUANTITATIVA 121
3.1.1. ENTREVISTA INICIAL 123
3.1.2. RELATÓRIO DO CLIENTE 164
3.1.3. RELATORIO DO ROLFISTA 179
3.2. ANÁLISE QUALITATIVA 185
3.2.1. ENTREVISTA INICIAL 190
3.2.1.1. PERGUNTA 1 190
3.2.1.2. PERGUNTA 2 196
3.2.1.3. PERGUNTA 3 202
3.2.2. RELATÓRIO DO CLIENTE 207
3.2.2.1. PERGUNTA 1 207
3.2.2.2. PERGUNTA 2 213
3.2.2.3. PERGUNTA 3 220
3.2.2.4. PERGUNTA 4 227
3.2.2.5. PERGUNTA 5 233
3.2.2.6. PERGUNTA 6 239
3.2.2.7. PERGUNTA 7 243
3.2.2.8. PERGUNTA 8 248
3.2.2.9. PERGUNTA 9 253
3.2.3. RELATÓRIO DO ROLFISTA 261
3.2.3.1. PERGUNTA 1 261

3.2.3.2. PERGUNTA 2 266
3.2.3.3. PERGUNTA 3 272
3.2.3.4. PERGUNTA 4 279
3.2.3.5. PERGUNTA 5 284
3.2.3.6. PERGUNTA 6 289
3.2.3.7. PERGUNTA 7 295
3.2.3.8. PERGUNTA 8 301
3.2.3.9. PERGUNTA 9 305
3.3. TABELAS COMPARATIVAS 310
3.3.1. INTENSIDADE DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING 311
3.3.2. INTENSIDADE DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING X PERIODICIDADE 317
3.3.3. INTENSIDADE DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING X HÁ QUANTO TEMPO TEM A DOR 333
3.3.4. INTENSIDADE X LOCALIZAÇÃO DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING 344
3.3.5. LOCALIZAÇÃO X PERIODICIDADE 358
3.3.6. LOCALIZAÇÃO DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING 374
3.3.7. PERIODICIDADE DAS DORES A, B, C ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING 385
3.3.8. DO PONTO DE VISTA EMOCIONAL, COMO VOCÊ SE SENTE ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING? 392
3.3.9. QUALIDADE DE VIDA ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING 394
CAPÍTULO IV 398
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO 399
4.1. ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS 400
4.1.1. DADOS QUANTITATIVOS 400
4.1.2. DADOS QUALITATIVOS 410
4.2. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS 414

4.3. QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-BREF 424
CAPÍTULO V 425
5. CONCLUSÃO 426
ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA 426
ANEXO B – PROPOSTA DE QUESTIONÁRIOS REVISADOS 426

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

1.1. TRAJETÓRIA PESSOAL

Recebi meu bacharelado em Psicologia, em 1971, e me formei psicólogo em 1973, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Logo em 1973, comecei a trabalhar em consultório particular e também a lecionar Psicologia no ciclo básico desta Instituição; a seguir, a partir de 1974, lecionei, disciplinas ligadas a psicodiagnóstico no curso de graduação, pelo Departamento de Métodos e Técnicas.

Nesta época, a Psicologia Clínica evoluía rapidamente. As idéias de Reich (1962, 1976) davam origem à abordagem corporal no campo da psicoterapia; alguns paradigmas clássicos estavam sendo desafiados e acontecia uma importante discussão em torno da conexão "mente-corpo".

Emergia o paradigma holístico em saúde e, nesta área, incidia meu foco.

Estávamos em pleno movimento da contracultura e eu buscava, na minha própria pessoa, uma abertura para novas experiências. Desejava libertar-me de sentimentos reprimidos, acolher um *self* emergente. Eu estava imerso de corpo e alma neste contexto, experimentando e refletindo sobre minhas experiências e, ao mesmo tempo, passava por transformações pessoais profundas.

Profissionalmente, trabalhava numa abordagem "neo-jungiana" e "neo-reichiana" e tive mentores importantes como Maria Isabella de Sanctis, Petho Sandor e José Angelo Gaiarsa. Todos eles exploraram a integração Jung-Reich, e foram muito além, criando suas abordagens particulares.

Gaiarsa (1982) afirmava que Reich, ao criar a definição de Couraça Muscular do Caráter (CMC), tornou o conceito de inconsciente concreto, trazendo-o para o corpo, tornando-o assim visível, palpável. Com isto, trouxe à luz uma possibilidade que me fascinou: colocar as mãos no inconsciente, tocar as atitudes psicológicas pela CMC. Com Gaiarsa (1982, 1984), comecei a experimentar minha própria organização emocional por meio da dimensão somática e também comecei a aprender sobre a organização biomecânica do ser humano.

Gaiarsa (1991) apresentou estudos em que salientava o papel da gravidade na manutenção do equilíbrio postural, na coordenação de movimentos e na sua relação com a dimensão emocional; ele enfatizava o papel da propriocepção na manutenção deste equilíbrio físico e sua conseqüente correlação simultânea à experiência e ao equilíbrio emocional. Assim, expandia a noção de psicoterapia para incluir uma perspectiva profilática, uma vez que poder-se-ia, então, endereçar o sistema músculo-esquelético, a postura e a coordenação de movimentos para lidar com a prevenção de desequilíbrios psicológicos. Segundo estes estudos, o fluxo emocional coincidiria com a ausência de armaduras musculares e com a habilidade de perceber o ambiente e a si mesmo, em relação simultânea e contínua. Então, adquirindo-se maiores possibilidades de movimento e sensação, a pessoa poderia ampliar sua imagem do corpo e a construção do ego teria maior adaptabilidade: tudo acontecendo no contexto da gravidade.

Durante este período, eu continuava intrigado com o uso da interpretação em psicoterapia. Os parâmetros que postulavam a unidade “mente-corpo” levavam a crer que, ao se transformar uma destas dimensões, estaríamos afetando a outra, como um só fenômeno; entretanto, a prática da psicoterapia de abordagem corporal revelava que, mesmo se a abordagem fosse feita mediante a dimensão somática, havendo a transformação da CMC, suavizando-se as tensões físicas, o procedimento clínico corrente praticamente desconsiderava estes resultados e se apoiava na prática de interpretações verbais e cognitivas.

Esta discrepância intrigava-me bastante. Eu também procurava o que estava “escondido, inconsciente”, tentava interpretar os conflitos ocultos e as emoções reprimidas e queria compreendê-los na organização do corpo.

Tal panorama levou-me a explorações por caminhos diferentes, nem sempre convergentes; sentia-me perdido, explorando o fenômeno humano por vias somáticas ou simbólicas, mas sem um eixo de trabalho.

Nesta ocasião, 1979, Gaiarsa convidou Jim Hriskos - um profissional em Integração Estrutural (IE), especialista no método Rolfing ®[1] para trabalhar com esta abordagem no Brasil para um grupo reduzido de pessoas.

Passei pela experiência e apreciei muitíssimo o grau de liberdade que senti; isto acontecera tanto no nível físico como no psicológico. Eu intuía que não era apenas uma melhora, por exemplo, no meu desempenho esportivo ou no prazer que tinha comigo ao mover-me… mas não havia palavras ou linguagem para descrever tal experiência. Era algo inconsciente, transformador.

Dirigi minha atenção ao método que me pareceu ser uma proposta mais sistemática, com uma metodologia mais organizada. Resolvi, então, estudar Rolfing; durante um ano preparei-me e, em janeiro de 1981, comecei a primeira de duas fases do treinamento que, nesta época, só acontecia no Rolf Institute em Boulder, Colorado, EUA.

Quanto ao trabalho, encontrei algo diferente do que esperava. Eu buscava um sistema organizado de técnicas que pudessem ajudar-me na minha prática psicoterapêutica. Cheguei a uma teoria e um método mais abrangentes que a abordagem meramente psicológica. Encontrei um paradigma que lida com o homem como um todo no seu contexto; uma teoria muita aberta em relação à expressão e à manifestação humanas. Nada de interpretações ou expectativas, só observação do manifesto: atividades que condiziam com minha perspectiva ontológica. Senti-me muito bem com isto.

Rolfing fala da integração da estrutura humana no ambiente e no contexto gravitacional. É uma abordagem somática, que se vale da plasticidade fornecida à estrutura humana pelo tecido miofascial, tornando então, o arranjo estrutural algo adaptável, conseqüentemente transformável. O processo de reorganização da estrutura coincide com o processo de transformação humana. Estes princípios eram congruentes com o que havíamos explorado

[1] Ida Rolf denominou seu trabalho de Integração Estrutural. No uso cotidiano, seus alunos e clientes criaram o termo Rolfing, no início usado como um verbo para se referir à prática do “fazer como Rolf”e, eventualmente, tornou-se um substantivo denominando a Integração Estrutural de Rolfing. Na ocasião da fundação do Rolf Institute em 1973, as palavras Rolfing e Rolfer, que nomeavam a técnica e o profissional certificado e autorizado, primeiramente por ela e a seguir pelo RI, para fazer o trabalho de Integração Estrutural ou Rolfing, tornaram-se uma marca registrada ®, de propriedade do Rolf Institute for Structural Integration. Dada a natureza acadêmica deste trabalho e buscando clareza de leitura, foi omitido o símbolo de marca registrada que deve acompanhar o termo “Rolfing”.

quando eu estudava Reich-Gaiarsa e apareciam como uma metodologia mais organizada para mim.

Fui o primeiro brasileiro a fazer este curso e, a seguir, aconteceram as primeiras relações "institucionais" com suas idiossincrasias: diferentes culturas, outros parâmetros, etc. De um lado, um Instituto jovem que acolhia um ponto de vista também pioneiro e, por outro, eu, iniciando no Brasil a nova prática e participando desta implantação e expansão.

Ao voltar para o Brasil, o trabalho foi de implantar este ponto de vista, fazê-lo conhecido. Foram inserções na imprensa, na mídia e nos ambientes científicos.

Nesta ocasião, fiz minha dissertação de mestrado na Universidade de São Paulo (USP), em 1982, onde explorei teoricamente as possíveis "Contribuições do ponto de vista de Ida P. Rolf para o trabalho com postura em Psicologia".

Na mesma época, também deixei a PUC-SP onde, depois de ensinar técnicas de psicodiagnóstico, eu havia enveredado para a criação do "Núcleo 28" para alunos de 5º ano – um núcleo que explorava a abordagem corporal na psicoterapia. Dediquei-me, nessa ocasião, basicamente à prática clínica; utilizando Rolfing com meus clientes de psicoterapia, primeiramente em uma abordagem combinada e, depois, gradualmente, só Rolfing.

O momento cultural era de abertura no Brasil e, logo, um grupo de ex-clientes resolveu percorrer os mesmos caminhos. Começa, assim, a formação de um grupo de profissionais com metas e problemas similares: a implantação de um novo ponto de vista no trabalho com o ser humano, a criação de Instituições saudáveis que pudessem conter, organizar e evoluir a difusão, o ensino e a reflexão sobre esta prática.

No Brasil, longe da fonte geradora dos primeiros conhecimentos e da Instituição mantenedora do trabalho - o Rolf Institute (RI) nos EUA – era preciso estar a ele conectados e, ao mesmo tempo, desenvolver o pensamento e abordagem propostos por Rolf (1977), dentro de uma conjuntura específica e nacional.

Tal consciência fez com que trabalhássemos juntos, convidando professores estrangeiros para ministrarem *workshops* aqui no Brasil, cuidando de nossa evolução profissional e, eventualmente, atuando como uma "proto-instituição", realizando acompanhamento de

candidatos a rolfistas, seleção daqueles que iriam também fazer seus cursos fora do Brasil. E também divulgando a técnica.

Em 1987, organizamos o primeiro curso de Rolfing no Brasil, do qual fui assistente de Stacey Mills, professora do RI e, em 1988, fundamos a Associação Brasileira de Rolfing (ABR), uma Sociedade sem fins lucrativos, com o objetivo de cuidar da divulgação, ensino e pesquisa do Rolfing no Brasil. Esta Associação era vinculada ao RI.

Claro era, desde o início, que precisávamos crescer em número e manter a qualidade dos profissionais: sair da dimensão individual para a dimensão coletiva, com os desafios que isto representava. Era preciso honrar nosso próprio trabalho, refletir sobre ele, reconhecê-lo e desenvolver o pensamento e práticas científicas acerca deste este método novo. Para tal, a manutenção de nossa inserção internacional faria deste processo algo mais universal.

Presidi a Associação nos primeiros anos e até hoje sigo participando deste processo. Era também claro para mim que um processo deste porte era grupal e que o resultado dele seria algo inclusivo, não a simples manifestação da minha vontade ou da minha perspectiva. Todos incluídos fariam a força e a realidade de tal fato.

Com esta mentalidade, comecei minha carreira de professor no Rolf Institute - como professor assistente - em cursos que aconteciam internacionalmente até ministrar minha 1ª classe em 1991, no Brasil, já organizada pela ABR. Como professor do RI, além de dar aulas no Brasil e onde me recrutassem para tal, participava da Faculdade desta Instituição que tinha como meta o aprimoramento e desenvolvimento do currículo educacional e a estruturação da escola em todos os níveis (seleção de candidatos, organização de sistemas de avaliação, seleção, treinamento e avaliação do corpo docente, enfim, de toda a estrutura educacional). O RI centralizava este processo. Os cursos eram ministrados internacionalmente pelos professores da faculdade da escola do RI, sendo eu um deles, e as reuniões de Faculdade aconteciam na sede do RI, em Boulder, no Colorado.

Fui o primeiro professor brasileiro, e, gradualmente, outros colegas foram sendo treinados até formarmos uma equipe de trabalho, cobrindo as diferentes áreas de ensino. Elaborou-se o Projeto Educacional Brasileiro que sediou experiências de ponta, eventualmente integradas ao currículo internacional. Destas, as mais importantes dizem respeito ao ensino dos Princípios

de Estrategização em Rolfing e do ensino das técnicas de Integração Estrutural pelo movimento e por manipulação, temas que serão desenvolvidos no corpo deste trabalho.

Durante estes vinte e cinco anos, de 1981 até o presente criou-se uma comunidade de profissionais locais com educação atualizada e pioneira e a possibilidade de atendimento estendia-se, servindo mais pessoas.

Em 1998, alguns jovens profissionais de São Paulo, decidiram juntar-se e trabalhar em conjunto, atendendo, estudando, trocando informações e fazendo simultaneamente um trabalho social. Contatado por eles, começamos um programa de supervisão de casos clínicos e aqui se iniciou a integração, entre a Escola e o recém-criado núcleo de Atendimento, que veio denominar-se NAPER - Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Estudo em Rolfing, contendo, nesta sigla, toda sua potencialidade.

Formou-se uma tríade: a ABR, oferecendo a retaguarda institucional, credibilidade aos olhos públicos, além de serviços administrativos; a Escola, fornecendo educação continuada num contexto clínico real, e o NAPER, provendo o atendimento social.

Nos cursos, diferentes professores enfatizavam vários aspectos do trabalho e provocavam variantes na unidade da formação dos alunos. Assim sendo, o NAPER começou a sediar uma troca de informações que servia a uma coerência na formação dos profissionais.

Com um foco de atendimento mais institucional, surgia a necessidade de uma organização dos dados de forma coerente, uníssona. O cliente deixava de ser da pessoa e passava a ter uma referência na Instituição. A necessidade de comunicação clara em relação ao trabalho impunha-se por sua natureza coletiva e institucional.

A necessidade levou à organização dos dados clínicos, o que gerou um Banco de Dados; tais dados podiam servir tanto à Instituição como à Escola, dando suporte para a atividade de pesquisa. Mostrou-se um projeto vivo, gerador de conhecimento, a serviço da evolução da ciência do Rolfing.

O procedimento clínico e a ciência do Rolfing, ainda em sua infância, não tinham um sistema de registro e de reflexão inseridos no currículo escolar, estando longe de ter procedimentos sistematizados para aquilo que se fazia no trabalho do Rolfing. Nos cursos, apesar de atender

ao currículo mínimo, cada professor possuía uma forma diferente de seguir os processos clínicos; conseqüentemente, como corpo coletivo, Rolfing não apresentava uma uniformização e sistematização de procedimentos metodológicos para o registro clínico, limitando, desta forma, a pesquisa e a reflexão sobre o trabalho.

Portanto, visando a uma uniformidade e dentro de uma busca saudável sobre o conhecimento de nosso "fazer", foram desenvolvidos os questionários do NAPER, desenvolvimento este que acontecia simultaneamente a uma reflexão sobre eles. Ao gerar registros clínicos uniformes, abria-se a possibilidade de refletir coletivamente acerca de nossos procedimentos.

Assumimos que trabalhávamos numa perspectiva holística. Como isto poderia ser contemplado nas entrevistas? Como entendíamos os objetivos de nossos clientes? Estávamos todos falando a mesma coisa? Como avaliávamos nosso trabalho? Que técnicas serviam a que tipo de objetivos? O que estávamos fazendo coletivamente? Um saudável espírito de pesquisa já estava sendo gerado.

Anualmente, revíamos os questionários, buscando sua adequação aos objetivos a que nos propunhamos . Com a elaboração do Banco de Dados para apoio administrativo, educacional e de pesquisa, o apoio para reflexão estava criado.

Percebemos a validade, a necessidade e a utilidade dos questionários e o trabalho estendeu-se; propusemos o uso deles na escola onde, por meio deles, poderíamos ensinar pelo mesmo sistema, integrando este tipo de atitude clínica, científica e reflexiva na formação dos profissionais. A visão era que este procedimento produziria um impacto na relação terapeuta-cliente, na uniformização da linguagem dos profissionais, na metodologia de registro e na reflexão sobre o trabalho.

Em 2003, os questionários foram vertidos para o inglês e eu os utilizei, pela primeira vez, em sala de aula, fora do Brasil, com clientes de classe, atendidos por alunos em sua fase profissionalizante de treinamento, com os objetivos pedagógicos e de pesquisa acima descritos. Os resultados foram interessantes, uma vez que, por ter se estabelecido um sistema de registro, a reflexão dos alunos tornou-se mais madura, além de ter promovido estímulo à atitude de pesquisa. Outros colegas de Faculdade começaram a utilizá-los também, em diferentes países.

Este processo de desenvolvimento dos questionários constituiu-se numa pesquisa-ação realizada no NAPER e na Escola (no Brasil e nos EUA), onde aqueles que participaram de seu desenvolvimento conscientizavam-se de seu valor, reformulando-os e afinando desta maneira, seus objetivos, sua utilização técnica e, conseqüentemente, a reflexão sobre os resultados do trabalho. Tal procedimento foi usado para integrar ensino, atendimento, pesquisa e reflexão permitindo, neste estágio do desenvolvimento da ciência, uma base para a continuidade da evolução da teoria, com pesquisas.

Levar avante o inquérito de Ida P. Rolf suscitou, gradualmente, a criação de um Instituto de Ensino e Pesquisa com células que se comunicavam (comunidade de profissionais, núcleos de atendimento, escola e atendimento individual), onde todos podiam participar, cada um na sua instância e especificidade, retroalimentando-se. Vejo que o desenvolvimento dos questionários na forma proposta passa a ser um elo metodológico necessário neste momento de evolução da ciência.

Rolfing é uma proposta holística seu uso e resultados afetam, em tese, o ser como um todo. A apropriação do Rolfing para lidar com todas estas dimensões do ser depende da intenção e da observação consciente dos praticantes. Sem uma metodologia consciente e coletivamente integrada à prática do Rolfing, seu alcance era individual, dependente de cada rolfista e pouco compartilhável; conseqüentemente, haveria pouco espaço para o avanço da ciência como um produto coletivo.

Há 25 anos, saí em busca de uma metodologia que pudesse melhor atender a dimensão psicológica do ser por meio de uma abordagem somática. Ao contatar Rolfing, percebi, na teoria e na prática propostas por Rolf (1977), um princípio, que conceitualmente abarcava esta proposta, e um método somático desenhado para tal prática.

Pessoalmente, tanto como professor ou clínico, meu foco de interesse sempre foi a dimensão do Rolfing como um processo de evolução pessoal. Minha visão de sujeito e o paradigma inerente à teoria de Rolf (1977) são coincidentes; meu trabalho clínico tem trazido evidências empíricas em que o uso desta metodologia atende dimensões psicológicas.

Talvez, pela evolução da metodologia proposta por este trabalho, a dimensão Psicobiológica, ou seja, a dimensão subjetiva, psicológica, vista em sua integração com a perspectiva somática e biológica, presente nestes processos, possa receber coletivamente a atenção

devida, ampliando, assim, as possibilidades e dimensões relativas à prática do Rolfing e da Psicologia de Abordagem Corporal.

Acredito que é preciso tempo e transformações pessoais e coletivas profundas para realmente mudarmos o paradigma com que se trabalha, principalmente quando o trabalho enfoca as novas abordagens que trazem uma visão psicossomática contemporânea, em que se explora a natureza e a integração das dimensões fisiopsiquicas.

Gostaria, então, de levar avante o inquérito sugerido por Rolf (1977) e seus seguidores, propondo um:

ESTUDO EXPLORATÓRIO DA DIMENSÃO PSICOBIOLÓGICA DO MÉTODO ROLFING DE INTEGRAÇÃO ESTRUTURAL: CRIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS.

1.2. HISTÓRIA DO ROLFING

Rolf (1977) foi a criadora da teoria e da metodologia de trabalho por ela denominados Integração Estrutural, depois identificados como Rolfing.

Seu trabalho pioneiro aconteceu durante uma trajetória de vida bastante singular também.

Rolf nasceu em Nova Iorque, em 1896, vinda de uma família imigrante alemã. Teve formação e práticas acadêmicas; formou-se em 1916, no Barnard College e, a seguir, foi contratada como pesquisadora pelo Instituto Rockefeller, hoje, Universidade Rockefeller, onde fez carreira. Tornou-se Doutora em Bioquímica, título outorgado pelo Colegiado de Médicos e Cirurgiões da Universidade de Columbia em 1920.

Quando jovem, Rolf sofreu um acidente – um coice de cavalo –, sua respiração foi afetada e, desde então, ela começou a apresentar sintomas parecidos com pneumonia. Por indicação médica, foi tratada por um osteopata. Sua função respiratória melhorou e foi a partir dessa experiência que ela iniciou-se no conhecimento da osteopatia.

Este ramo da medicina, iniciado pelo médico Andrew Taylor Still (1828-1917), dirigia-se ao trabalho na relação estrutural entre os ossos. Still (1946) percebeu que, por trás da maioria dos processos de doença, existiam desorganizações estruturais e que havia uma relação entre a organização das estruturas corporais e as disfunções fisiológicas. Ele acreditava que a "estrutura determina a função" e denominou qualquer anormalidade que causasse uma doença de "lesão osteopática". A chave para a eliminação das lesões osteopáticas era o retorno ao equilíbrio nas relações estruturais entre os ossos e, conseqüentemente, a circulação de fluidos pelo corpo. Sua ciência, mediante esta manipulação, visava o resgate funcional do organismo.

Para Rolf, pesquisadora em bioquímica, as noções da correlação entre estrutura e função eram familiares e o contato com a osteopatia deu-lhe fundamentos para um outro tipo de exploração: o de buscar na própria reestruturação do organismo a melhora funcional, não apenas na síntese de remédios ou na cirurgia, prática em voga na ciência médica da época.

No início da década de 20, na Suíça, Rolf entrou também em contato com a homeopatia de Hanemann e a Matéria Médica, onde conhece o princípio de que o corpo encontra sua própria

cura e que a medicação, mais que eliminar os sintomas apresentados, visa a estimular o corpo a utilizar seus recursos para se curar, retornando, portanto, ao equilíbrio funcional.

Além do contato com osteopatia e com homeopatia, aproximou-se da *hatha yog*a e a ela dedicou-se. A premissa deste tipo de prática é que o trabalho no corpo da pessoa aprimoraria não somente suas condições físicas, mas também suas condições emocionais e espirituais. Alongam-se o corpo e as articulações por meio de posturas (asanas) em busca de um corpo mais equilibrado. É uma tradição hindu milenar, curiosamente muito difundida e conhecida atualmente.

Sua personalidade aliava o rigor do pensamento científico e a exploração de formas alternativas aos modelos de saúde vigentes da época. Seu espírito humanista focalizava seu trabalho para buscar conhecimentos que pudessem melhorar as condições de vida e que pudessem revelar o potencial subjacente no ser.

Na década de 30, Rolf deixou o Instituto Rockefeller e seguiu com suas investigações e estudos particularmente.

Seus casos clínicos iniciais aconteceram quase que acidentalmente. Ethel, seu primeiro caso descrito, (ROLF, 1976, *apud* FEITIS, 1986, p. 17-8) apresentava restrições de movimento nas mãos e braços. No início, Rolf aplicava alongamentos que aprendera na *yoga* e, conseguindo bons resultados, outras pessoas começaram a procurá-la. Além dos ensinamentos de *yoga*, ela começou a utilizar técnicas da osteopatia.

Surge o caso de Grace (ROLF, 1976, *apud* FEITIS, p. 22-3), que sofrera um acidente aos 8 anos e perdera muitas de suas funções motoras. Por dois anos, fez sessões com Rolf, e conseguiu reabilitação motora completa (no início não podia mover-se sem ajuda de outra pessoa). Desta vez, diferentemente dos exercícios que usara com Ethel, - de alongamentos como na *yoga* -, o procedimento era de manipulação do tecido frouxo que sustentava as articulações. O trabalho foi exploratório, em conjunto com Grace, que guiava seu toque. Os resultados foram surpreendentes quanto à reabilitação funcional.

Rolf considerou que, com Grace, O método Rolfing teve seu início. Seu foco de pesquisa direcionou-se para a exploração das relações entre a plasticidade do tecido conjuntivo frouxo, que sustenta as articulações e as disfunções estruturais e funcionais.

Ela mudou a perspectiva em relação à osteopatia, que dirigia seu foco para as relações entre os ossos, enfatizando a função do tecido conjuntivo (ossos, cartilagens, fascia, tendões e ligamentos). Quando ainda indiferenciado, possui uma função protetora e, com sua diferenciação, passa a adquirir a função de sustentação do organismo. É uma rede contínua de tecido através da estrutura humana, organizada como um sistema, com alto grau de interconectividade. Por suas propriedades visco-elásticas, as fascias e os ligamentos, através de aplicação de energia (pressão manipulativa), podem mudar sua constituição e organização, produzindo, desta maneira, uma sustentação diferente para o organismo. Os ossos definem espaços e o tecido conjuntivo frouxo organiza a relação entre as partes do organismo.

Este era um ponto de vista ainda mais novo. Na perspectiva estrutural, Rolf (1977) apresentou uma visão de corpo, em que as partes são sustentadas e organizadas entre si por ação do tecido conjuntivo e, por ser este plástico, existe a possibilidade de intervenção humana no arranjo dessa estrutura.

A plasticidade do tecido conjuntivo é um dos alicerces de seu ponto de vista. A estrutura humana é maleável e seu arranjo pode alterar-se pelas circunstâncias de vida e por intervenção deliberada; o outro alicerce de sua teoria era o papel da força da gravidade na estrutura humana.

Ela inovou na valorização da função do tecido conjuntivo frouxo em conjunto com o sistema muscular no arranjo da estrutura humana. Numa época de especializações, o tecido conjuntivo era desprezado; por ser ele o tecido que estava literalmente “entre” os órgãos e outras peças anatômicas descritas, era desprezado inclusive nas autópsias. Pouco espaço era dado para seu estudo no começo do século XX; sua função, nesta ocasião, era pouco conhecida.

Rolf continuou sua prática clínica e, empiricamente, foi construindo sua teoria, integrando experiências pessoais, estudos gerados por interesse em novas abordagens de problemas clássicos, além de grandes doses de intuição, coragem e trabalho.

Percebeu que seu trabalho ia adquirindo um padrão e ouvia relatos que transcendiam a questão do arranjo físico da pessoa. Eram relatos de bem-estar físico, alívio de tensões, desaparecimento de sintomas crônicos, mudanças emocionais e de consciência.

Na década de 50, começou a ensinar, buscando formular seu trabalho numa técnica com princípios próprios; era uma nova forma de concepção do trabalho com o ser humano, baseada na premissa unitária do fato humano, cuja estrutura somática era plástica e mutável.

Sua trajetória de vida e seus interesses humanísticos levaram-na a explorar uma vertente que concebe o homem como ser uno e integrado, considerando-o como um todo. Buscou a compreensão da integração de seus diferentes aspectos, trabalhando num paradigma holístico.

Dirigiu seus esforços para a busca de uma teoria e de um método que concebessem e trabalhassem para o desenvolvimento humano de forma integrada e sintética. Ela postulou uma integração entre estrutura, função e comportamento (ROLF, 1977). As diferentes dimensões ou perspectivas da experiência humana devem ser vistas como desdobramentos, possibilidades inerentes a este fato biológico. Apontou para o fato de que, como ser material e biológico, o homem apresenta uma ordem:

> O comportamento humano é a expressão da ordem ou desordem presentes na estrutura física e no seu arranjo estrutural, ou seja, reflete as relações entre partes no espaço, considerando-se a força de gravidade como fator organizacional destas relações (ROLF, 1999, p. 7).

Nesta época, Rolf (1963) definiu a importância da gravidade como referência para a manipulação do tecido conjuntivo e como fator organizador das estruturas humanas. Em junho de 1963, Rolf publicou "*Gravity: an unexplored factor in a more human use of human beings"* em que considerava o homem como ser material, sujeito às leis que regem a matéria, com densidade no espaço e tempo. A gravidade seria a lei física que regeria nossa organização estrutural e nossas possibilidades comportamentais, representando o contexto no qual a existência humana ocorre, uma força que concorre para a ordem ou desordem de nossa estrutura, de sua função e de nosso comportamento.

Neste artigo, ela atestava a idéia central do Rolfing:

> É através da criação de uma relação apropriada no espaço tridimensional que o homem pode se liberar para um funcionamento realmente mais humano. Não só o efeito da gravidade deve ser estudado, mas também as relações estruturais no homem devem ser entendidas em termos da gravidade (ROLF, 1963, p.18).

Ela vinculava o conceito de estrutura ao conceito de ordem (presente em maior ou menor grau no arranjo da estrutura humana) e tinha como referência para tal análise a relação da estrutura com a terra por meio da relação gravitacional de ambos os campos. Todas as dimensões da experiência humana estavam assim vinculadas qualitativamente a este fato (relação organizada entre dois campos materiais). A questão da relação psicofísica era abordada de forma que as dimensões psíquicas ou físicas passavam a ser vértices de observação das experiências humanas.

> Como entidades materiais sujeitas às leis da física e da mecânica, devemos considerar que a gravidade atua numa linha perpendicular ao solo que pode atuar rumo a sua organização ao invés de sua desorganização, se nossas partes estiverem relacionadas de tal forma que inclua o poder e força da gravidade (ROLF, 1979, p.4).

Entendia o homem num contexto evolucionário, que se desenvolvia em direção à verticalidade. Tal verticalidade corresponde ao eixo gravitacional, organizador da estrutura humana, e se manifesta na relação de seu campo físico com o da Terra. Esta relação constrói e qualifica a própria evolução do homem.

Rolf (1977) apontava para o fato de não compreendermos ainda as implicações deste ponto de vista, que estaria surgindo no conhecimento humano. Propunha que um homem mais evoluído deveria aparecer para poder entender a função do novo conceito; estaríamos dando apenas os primeiros passos para esta compreensão, uma vez que

> ...a relação apropriada dos corpos humanos no campo gravitacional é um projeto evolucionista de longo prazo. Nem mesmo a primeira página foi virada. É possível que estejamos vendo a primeira tentativa consciente de evolução que qualquer espécie jamais evidenciou (ROLF, 1979, p.2).

Concebia o homem como ser natural, em processo de evolução, determinado pelas leis da gravidade que, por sua vez, organizava e determinava as possibilidades de seu estar no mundo. O estar no mundo era determinado pela sua estrutura, pela relação entre as partes do corpo em si e pela relação destas com o contexto onde interagia.

Rolf partia, portanto, de concepção materialista e não reducionista, uma vez que as possibilidades humanas revelavam-se e atualizavam-se por meio do corpo e estavam presentes em todas as dimensões comportamentais disponíveis ao ser humano, algumas atualizadas, outras ainda a serem reveladas, estando também presentes na matriz biológica do ser.

Com tal teoria biológica, estruturalista e transformacionista, ela desenvolveu uma metodologia primariamente somática:

> Em toda tentativa de se criar um indivíduo integrado, o começo óbvio é o corpo físico, se por nenhuma outra razão, simplesmente por se examinar a velha premissa de que o homem só pode projetar o que está dentro dele. O corpo físico é realmente a personalidade, em vez de sua expressão: é a unidade energética que se chama homem, como existente na realidade tridimensional (ROLF, 1963, p.6).

Rolf deixava em aberto qual seria este potencial, sendo então ele o objeto de estudo e investigação; sua hipótese era de que um corpo mais ordenado produziria comportamentos mais ordenados em todos e quaisquer níveis de manifestação humana. O que poderia o homem manifestar à medida que seu arranjo estrutural apresentava mais ordem em relação a terra?

Ela postulava uma integração entre estrutura, função e comportamento. As diferentes dimensões ou perspectivas da experiência humana deveriam ser vistas como desdobramentos, possibilidades inerentes a este fato biológico. “O arranjo no espaço é fundamental para o comportamento da substância” (ROLF, 1999, p.3).

Comportamento, portanto, aparece ligado à estrutura, significando um arranjo de partes no espaço. Rolf definia sua busca metodológica da seguinte forma: “...para criar relações apropriadas no espaço tridimensional, momento em que o homem pode se libertar para um funcionamento mais verdadeiro” (ROLF, 1999, p.12).

Ela afirmava eufemisticamente: “a gravidade é o terapeuta” (ROLF, 1963, p.16) e propunha pesquisas para uma avaliação dos efeitos da gravidade e das relações estruturais no homem e suas conseqüências em função da gravidade (ROLF, 1963). Esta observação era síntese de sua visão de homem e de sua proposta de trabalho: o comportamento da estrutura organizada em relação à gravidade, sendo que esta representa as condições nas quais as relações homem-ambiente se dão, o pano de fundo de nossa vida. O trabalho seria, portanto, investigar sobre as articulações ou processos que o indivíduo desenvolve e pode desenvolver, levando-se em conta este contexto. Este arranjo e rearranjo contínuos, estruturais e posturais permitiam que a gravidade exercesse sua função, ordenando a estrutura que desempenharia funções mais organizadas, vivenciadas pelas pessoas como seus comportamentos, suas experiências. Era uma visão integrada dos diferentes ângulos pelos quais se podia ver esta “unidade homem”,

em que “forma e função são uma unidade” sendo que “a fisiologia reflete a forma estrutural” (ROLF, 1999, p.2).

Seu trabalho de vida foi dedicado à investigação filosófica e científica sobre as condições a serem preenchidas para que a pessoa, como um todo, funcione da melhor maneira e da forma mais econômica possível. Ela organizou a primeira estratégia de Integração Estrutural em 10 sessões, chamadas, nessa ocasião, de processos e, depois, de receita.

Os passos seguintes no desenvolvimento do Rolfing foram de ensino e divulgação. Por dez anos, ensinou e deu conferências nos Estados Unidos e na Inglaterra; etapa difícil pois Ida, que vinha da área científica, queria ensinar e estabelecer diálogo com profissionais experientes no campo da saúde (médicos, osteopatas, etc.). Estes profissionais nem sempre entendiam seu ponto de vista como um todo e queriam utilizar-se de partes do método e de algumas de suas técnicas, para uso específico em suas práticas profissionais, quebrando, dessa forma, a integridade do seu ponto de vista.

Foi no Esalen Institute, em Big Sur na Califórnia, na década de 60, que seu trabalho encontrou campo fecundo para ser divulgado. Este Instituto era sede dos movimentos de Psicologia Humanística e do Movimento para o Potencial Humano. Os enfoques terapêuticos estavam sendo revistos e novas propostas despontavam e lá tiveram berço. A questão corpo-mente e suas abordagens técnicas foram repensadas. Neste ambiente aberto e experimental, Rolfing encontrou outro tipo de reflexão. Schutz (1968); Silverman et al. (1973); Prestera; Kurstz (1976); Perls (1979); Kurtz (1992) e tantos outros expoentes experimentaram seu valor e fizeram os relatos em suas obras. Era um momento cultural específico, beneficiado pelos efeitos do pós-guerra na revisão dos parâmetros positivistas; exploravam-se idéias vindas do oriente, tradições antigas e buscava-se a integração delas em novos parâmetros para lidar com o desenvolvimento psicológico e humano.

1.3. ROLFING E PSICOSSOMÁTICA

O trabalho de Rolf aconteceu em meio à rediscussão e à ampliação do domínio da Psicologia. Novas formas de se fazer Psicologia estavam em desenvolvimento: nos EUA, o behaviorismo e a Psicologia Humanista e, na Europa, a Gestalt, a Fenomenologia, o Psicodrama, a Psicologia Genética e a Psicologia Sóciohistórica. Havia uma migração de pensadores europeus para a América devido às guerras, tornando este continente um palco para tal rediscussão, num esforço para superar as perspectivas mecanicistas e deterministas que fundamentaram sua constituição no final do século XIX (KAHHALE, 2002).

Rolf fazia parte deste ambiente cultural e, ao apontar para o monismo como modelo filosófico mais adequado objetivando o desenvolvimento da ciência, criticava o positivismo. Comentando a atitude científica do século XX como:

> ...um período em que as pessoas pensavam que se poderia ter o mundo sob controle pelo aumento do conhecimento dos detalhes sobre o universo, explorando o mundo com uma ferramenta de especializações, falácia esta cada vez mais aparente e, como conseqüência, muitos cientistas agora gastam tempo e esforço tentando diminuir este desequilíbrio cultural, o do método analítico (ROLF, 1963, p. 3).

A discussão da abordagem corporal com Reich e seus seguidores trazia nova luz para a exploração das teorias Freudianas e do inconsciente, à medida que Reich lidava com o visível, o concreto, fazendo correlação entre os mecanismos de defesa psicológicos e as contrações musculares estruturadas na CMC (GAIARSA, 1984).

O próprio paradigma utilizado para o acolhimento e desenvolvimento destes novos pontos de vista estava em evolução. As teorias neopositivistas presentes no modelo biomédico, que eram reducionistas, deterministas e universalistas, concebiam a doença como desvio do normal e não como desequilíbrios de um todo (visão esta presente historicamente no modelo romântico, no qual corpo e alma eram vistos de forma integrada na observação da doença), cuja observação clínica fora substituída por pesquisa experimental. Tais teorias estavam sendo revistas (RAMOS, 1994).

Também concomitantemente à gênese do Rolfing, aparecia o conceito de medicina psicossomática, com Felix Deutsch em 1922, e Helen Dunbar com seu livro *Emotions and*

Biology Changes. A Survey of Literature on Psychossomatic Interrelashionps: 1910-1933, oferecendo base para a formação da área, com observações sistemáticas e aplicação de metodologia científica. Dunbar foi a idealizadora e fundadora da *American Psychosomatic Society* e de sua revista, *Psychossomatics Medicine*, em 1939, 1ª revista que tratava sistematicamente do assunto. Jung, também nesta época, explorava a inter-relação entre os fatos psíquicos e corporais. Em sua teoria do *self*, tratou da intimidade do inter-relacionamento dos traços psíquicos e corporais e do modelo holístico que Smuts discorreu, em 1926, em *Holism and Evolution* (RAMOS, 1994), e que foi utilizado por Rolf em sua criação.

A revolução proposta pelo desenvolvimento destes conceitos chegaria às metodologias de trabalho, tanto médicas como psicológicas. Antes de mais nada, o objeto de observação "homem" estava sendo visto de outra maneira e, assim também, a saúde e a doença.

A psicologia da Gestalt, nas décadas de 1920-30, abriu campo para o estudo do homem como um todo, e não como partes autônomas. Perls (1979), expoente da terapia Gestáltica americana, manteve íntima colaboração com Rolf. Ambos tiveram Esalen como contexto onde seu trabalho pôde tornar-se visível e desenvolver-se. Perls (1979) relata sua parceria com Rolf em *In and out of the Garbadge Pail* e, por sua vez, Rolf relatou seu contato com Perls em entrevista publicada no *Bulletin for Structural Integration*, em 1976. Perls (1979) tornou-se cliente de Ida Rolf, cuja experiência na perspectiva de Rolf é relatada por Feitis (ROLF, *apud* FEITIS, 1986, p. 28-30).

Rolf (1973) estudou Selye e citou seus estudos sobre Estresse em STRUCTURAL INTEGRATION *Gravity: an unexplored factor for the understanding of Stres*s, tentando acrescentar à psicossomática o conceito de estrutura e Gravidade.

Colaborou com Feldenkrais (1949, 1972), pioneiro nas abordagens somáticas emergentes na segunda metade do século XX, com suas teorias de base neurológica, de desenvolvimento e reabilitação motora e seus efeitos no esquema corporal e na imagem do corpo. Teve contato com Korzybsky (1948), com quem manteve discussões na área de semântica e, com Fuller e Applewhite (1975), sobre seu modelo de tensegridade, estabelecendo paralelos entre este e a forma como o tecido conjuntivo participa no suporte da estrutura humana, numa combinação de forças tensionais e compressivas, revolucionando nas explicações sobre gravidade e sustentação de organismos no seu contexto. Em Esalen, participou da contínua discussão

sobre a questão da Integração Fisiopsiquica May, Maslow, Schutz, Feldenkrais foram apenas alguns dos seus interlocutores (Feitis, 1986).

Comentou sobre Reich (ROLF, 1963, 1999) e seus seguidores bioenergéticos. Seu trabalho foi amplamente usado por estes, especialmente no que se referia à catarse emocional e, em especial, como metodologia auxiliar na busca da fluência enérgica e dissolução da CMC (DYCHTWALD, 1977; PRADO, 1982; GAIARSA, 1984, LUSTFIELD, 1999).

Ida não entrou na dimensão simbólica, lidando com a psicodinâmica como dimensão comportamental decorrente da organização somática no contexto gravitacional.

Evitou, com sucesso, cair no dualismo presente nas primeiras discussões de psicossomática, em que aparecia o pensamento causalista ou hierárquico, pelo simples fato de que seu modelo propõe uma visão holística, e seu método, uma abordagem somática de alcance global.

Sua teoria é inequívoca quanto à proposta de um ser uno e, sobretudo, ao apontar o fator gravitacional como organizador e responsável pelo desenvolvimento do homem, e o tecido conjuntivo como responsável pela sustentação física desta transformação.

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

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

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

> A premissa da psicoterapia moderna é que as circunstâncias exteriores do homem são uma projeção de seu eu interior, muitas vezes oculto. Essa premissa pode ser vista sob um ângulo diferente: o estado emocional de um homem pode ser visto como projeção de seus desequilíbrios estruturais. Não há dúvida de que esta fórmula também é uma grande simplificação e que há incógnitas que o tempo e os psicoterapeutas desvendarão. Mas um homem que busca a integração da estrutura de seu corpo experimenta o elo básico que existe entre a estrutura e a emoção. À medida que caminha em direção ao equilíbrio estrutural, percebe que seu aspecto psicológico também está mudando. Para sua satisfação, consegue sentir que seus problemas psicológicos são verdadeiros espinhos cravados na carne, que só desaparecerão na medida em que a carne mudar, na medida em que for estabelecido o livre fluxo da energia do corpo e seus fluidos. Quer a mudança seja induzida por uma terapia psicológica, quer por uma terapia somática, a mudança na carne deve ocorrer, para que haja êxito no resultado terapêutico. Olhando corpos que se organizam de acordo com estas premissas, é quase possível ver as linhas de força definindo o campo energético que é o homem... (ROLF, 1999, p. 3).

Ela atesta que:

> ...os padrões comportamentais do homem integrado não podem ser formulados simplesmente por se pensar sobre eles ou especulando-se sobre quais sejam eles. Felizmente só existem métodos puramente operacionais à disposição e estes mostram que uma aproximação pelo ponto de vista estrutural, mais que pelo ponto de vista comportamental são resultados mais rápidos, e de alguma forma mais predizíveis. Desta forma é possível construir homens mais equilibrados e observar as mudanças (ROLF, 1999, p. 10).

Sua abordagem é somática e seu interesse, que vai muito além do corpo físico, é a transformação humana, advinda do processo de organização estrutural.

Todo seu espírito está traduzido na escolha do título do artigo que propõe sua teoria: *INTEGRACAO ESTRUTURAL Gravidade: um fator inexplorado num uso mais humano dos seres humanos* (ROLF, 1963, p.1). Os desdobramentos de tão radical hipótese podem se fazer notar em todas as áreas de investigação, indo das ciências humanas as biológicas e físicas. Como investigadora, sugere muitas direções de pesquisa, congruentes, portanto, com o paradigma holístico de que se utiliza em sua concepção de homem e de ciência.

Gaiarsa (1984) comenta Rolfing e sua eficiência como teoria e técnica para lidar com a CMC. Diz ser abordagem potente que atua na postura e na personalidade.

Quando Rolf define Rolfing para o *Psychotherapy Handbook*, coloca sucinta e cuidadosamente que:

> …em primeira instância, o Rolfing não é uma abordagem psicoterapêutica dos problemas humanos, mas o efeito que tem surtido na psique humana vem sendo tão notável que muitas pessoas insistem em considerá-lo como tal. O Rolfing é uma abordagem da personalidade através dos componentes de colágenos miofascial do corpo físico. Integra e equilibra os assim chamados "outros corpos" do homem, descritos metafisicamente como astral e etéreo e, hoje em dia, com mais modernidade, redenominados de aspecto psicológico, emocional, mental e espiritual. .. O efeito psicológico é muito maior do que seria de se esperar induzir durante o breve período de 10 horas de trabalho... (FEITIS, 1986, p. 38).

As evidências empíricas que se seguiram na prática do Rolfing, bem como sua concepção de homem e sua postura filosófica, levam-nos a considerar propícia a reflexão desta prática numa leitura psicossomática.

1.4. ATITUDE FILOSÓFICA NO ROLFING

Ida Rolf era uma pensadora em transição, sua intuição levou-a a conceber e alavancar sua teoria, porém, faltava-lhe a linguagem filosófica clara e articulada que servisse como suporte adequado para desencadear seu pensamento, uma metodologia e suas pesquisas.

Apesar de conceitualmente considerar o ser humano como uma unidade, o discurso e a atitude de trabalho constantemente sublinhavam o aspecto físico, privilegiando-o, negligenciando a dimensão psicológica, mostrando que sua concepção estava além de seu discurso e que a linguagem para descrição, percepção e aplicação de seus postulados ainda não existia. Muitas vezes, na prática (fitas de vídeo de aulas ou notas de classe de alunos), sua atitude era mista, ora tratando o corpo como uma “máquina biomecânica”, ora trabalhando o corpo como um ser completo, ora dividindo corpo e mente, ora falando de forma reveladora de uma concepção integrada.

Estas contradições, refletem na verdade as dificuldades inerentes à mudança de paradigmas que caracteriza ainda hoje o corpo conceitual , método e prática da maioria das abordagens na área de saúde que buscam transcender a dicotomia corpo e mente corrente no pensamento ocidental dos últimos séculos .

Na verdade, a física da relatividade e a física quântica alavancam uma mudança de paradigmas no pensamento ocidental que vem, desde as primeiras décadas do século XX provocando uma mudança de paradigmas nas ciências humanas. Isso reflete-se nas áreas de saúde e sem dúvida também nas terapias que têm como foco fenômenos psicossomáticos e corporais .

Enfatizando a relação entre partículas subatômicas e, não mais as propriedades de cada uma em separado, assimcomo as propriedades, probabilidades e características do campo, do todo e, não mais de cada parte, então, as mudanças de paradigmas na física moderna, diferenciando-se da física Newtoniana e do pensamento cartesiano, provocaram uma mudança gradual nos parâmetros que nos norteiam nas várias áreas de nossa existência que até hoje vem se instalando. Porém, como todo processo de transformação, não sem conflitos. Já no final do século XIX , início do XX, que podemos considerar a grosso modo como o mesmo período histórico, o materialismo dialético aporta às ciências sociais, através do pensamento

de Marx, apoiado no pensamento de Hegel, uma revolução na maneira de pensar o homem em suas relações com o social que fez do Marxismo uma das grandes esperanças do nosso século.

Nas primeiras décadas do séc. XX, Husserl traz através da Fenomenologia a proposta de uma nova epistemologia, que questiona a " objetividade" científica e considera a intencionalidade da consciência e a subjetividade do observador. Logo depois, quase concomitantemente, como diferentes olhares para o mesmo paradigma emergente, surge a Teoria Geral dos Sistemas Humanos de Ludwig van Bertallanfy (base de todo pensamento sistêmico atual nas ciências humanas) , a teoria do Holismo de John C. Smuts (origem de todas as abordagens que hoje se denominam holísticas), a teoria de campo de Kurt Lewin, a teoria organísmica de Kurt Goldenstein e a teoria da percepção de totalidades dos psicólogos da Gestalt (Kurt, Wertheimer, Kohler).

Nas décadas de 50- 70 concomitante aos movimentos de contra-cultura surgem as terapias " vivenciais" - a terapia Reichiana e todas as suas ramificações posteriores, o Psicodrama, e a Gestalt terapia - (abordagens que consideram o ser humano como uma totalidade em relação com seu ambiente e a importância da elaboração não só mental, mas também emocional e corporal (organísmica) no processo terapêutico) . Também nesta época surgem as primeiras escolas de terapia familiar, trazendo o pensamento sistêmico e de campo para o cenário terapêutico. É neste caldo cultural, e alimentando-se do pensamento e das vivências dos movimentos de contracultura que fermentavam na Califórnia dos anos 60 e 70, que o trabalho de Ida Rolf deve ser visto.

Ida Rolf incorporou ao seu trabalho as mudanças de paradigmas que se manifestavam nos trabalhos que floresciam naquela época, em que privilegiava-se a ênfase na vivência e na experiência, em substituição à elaboração puramente mental e racional que caracterizaram os anos precedentes. Portanto é difícil apontar com precisão uma linha específica de fundamentação filosófica para seu trabalho, mais correto seria dizer que ela se inspirou e nutriu dos pensamentos emergentes que efervesciam na época de considerar relações e totalidades.

É portanto um trabalho que pode ser denominado de holístico, sistêmico e que hoje em dia poderíamos até aproximar do pensamento de Morin e Maturana como desdobramentos e evoluções mais recentes destes paradigmas. Porém como todas as elaborações que que caracterizam as épocas de mudanças de paradigmas, é um pensamento que, como dito

anteriormente, traz também em si as marcas dos conflitos e paradoxos que caracterizam estes períodos de transição.

Filosoficamente, foi Maitland, filósofo, Rolfista e professor avançado do Rolf Institute, quem produziu extensa reflexão sobre o ponto de vista e método de Rolf. Ele encontra na fenomenologia a linguagem e o suporte mais adequado para a compreensão e eventual desenvolvimento do Rolfing.

Em sua obra *Spacious Body, explorations in somatic ontology* coloca:

> Transformação é sempre um evento corporal. O corpo não é mais uma coisa entre as coisas do mundo objetivo, nosso *self* humano é uma orientação psicotemporal e psicoespacial e, a transformação do ser como um todo, em qualquer nível que ocorra, é sempre um evento corporal (MAITLAND, 1995, p.xvi).

Esta afirmação - transformação e mudança corporal vindo juntas, vividas pela experiência do cliente - traz à tona a questão da relação entre consciência e transformação.

Os processos que envolvem a natureza e o funcionamento do que chamamos consciência e, sua conexão com o universo somático, vêm sendo discutidos e descritos por filósofos, psicólogos, biólogos, neurocientistas e cientistas da cognição contemporâneos, que buscam, na experiência corporal, conexões e explicações para a natureza somática da consciência humana (VARELA et al., 1992; DAMÁSIO, 1994; MATURANA, 2002; RAMACHANDRAN, 2004).

O desenvolvimento da noção de “esquema corporal”, foi inicialmente apontado pelo precursor Head (1861-1940), neurologista, e, corresponde à representação interna de nosso corpo no espaço e tempo, dado pelo conjunto de experiências sensoriais, que geram nossa postura e movimento, explorando, através da representação neurológica da atividade perceptiva, as faculdades ligadas ao pensamento, vontade e processos mentais.

Shilder, filosofo e psiquiatra, em 1935 em “Imagem Corporal, as energias construtivas da psiquê”, construiu o conceito de imagem corporal, uma integração de elementos neurológicos, sociais e afetivos (SHILDER, 1999), que representa a idéia que a pessoa tem de seu próprio corpo e é construída em comunicação com o meio ambiente.

Schilder não discriminou lingüisticamente este conceito ao de esquema corporal; ele usa o conceito de Head do ponto de vista neurológico, mas se apoia na psicanálise e explora as relações fisiopsiquicas em seus estudos sobre percepção.

Modernamente, Galagher (1998) coloca “imagem corporal” como construída por percepções, representações mentais, crenças e atitudes cujo objeto de intenção é o próprio corpo. Esta intencionalidade reflexiva refere-se å percepção que se tem do corpo, o entendimento conceitual do mesmo e à atitude emocional em relação a ele.

Discrimina Imagem Corporal de Esquema Corporal, que não opera no nível da intencionalidade, mas pode dar suporte åquela. Também propõe uma distinção entre informação proprioceptiva e consciência proprioceptiva, úteis para a discussão dos processos automáticos, anônimos, que mantêm a oragnização e a manutenção postural, bem como os processos pessoais, conscientes, de movimento e posicionamento do corpo.

Para a discussão entre o automatismo e a consciência, na postura, no movimento e, na formação da noção do eu e do sentido de self, Galagher explora os processos de percepção e da relação entre os sentidos e sua relação com a consciência.

Damásio (2002b), neuro-cientista, ao explorar a integração corpo-mente, e, sobretudo, a relação entre o órgão cérebro e a mente, cita que existem sinais extero e interoceptivos, que geram imagens mentais advindas de estimulação sensorial e, sinais produzidos internamente, pelo próprio corpo, sejam eles nervosos ou químicos, que seguem vias neurais ou humorais e, que são representados no cérebro. Estas representações são chamadas de imagens.

Le Boulch (1985) compartilha estas idéias e acrescenta que estas imagens geradas internamente podem ser produzidas por diferentes tipos de estimulação sensorial, e até mesmo pela própria fisiologia das emoções. Uma vez produzidas, estas imagens visuais, auditivas, olfativas, gustativas, táteis ou somato-sensoriais quando processadas produzem outras respostas no corpo quando interagem com o ambiente interno ou externo, num ciclo que se recria, utilizando também de processos de memória e de reflexão.

Damásio (2002a) expõe, a natureza do cérebro como um órgão, cujas células representam outras células, órgãos ou processos corporais e, aquilo com que interagem. O cérebro também teria em sua própria natureza, uma instância que seria a representação geral destas

representações, cobrindo todo o organismo e elementos de sua interação. O senso e noção de eu portanto são encontrados nos dispositivos cerebrais que representam momento a momento a continuidade do mesmo organismo individual; uma representação de segunda ordem. Este processo biológico reflexivo apoiaria a noção de mente e, sua relação com o orgão cérebro. Esta é provavelmente é a base biológica da noção da consciência reflexiva, a noção biológica do senso de eu no ato do conhecimento, que é a base da perspectiva, em primeira pessoa, característica da mente consciente. Desta forma, biológicamente os processos de percepção, do que é visto e, do que vê, acontecem simultaneamente.

Em caminhos paralelos, Varela e Maturana, biólogos, desenvolveram a teoria de Santiago, trazendo a noção de autopoiesis. Maturana (2002), que se entitula biólogo e filósofo, diz ter feito importante mudança de paradigma quando estudava a percepção, mudando o enfoque de sua questão básica sobre o que é a natureza da vida para o como a vida acontece.

Sua teoria, estruturalista coloca que a vida se originou a partir do momento em que o ser se reconhece como entidade, se contém biologicamente e se mantêm através de relações com o meio onde esta acontecendo e ,que este universo de relações são feitos através de reconhecimento compartilhado, que é a linguagem. Este processo de relações faz com que a realidade exista å medida que o observador se relaciona com ela. Linguagem portanto é um atributo biológico do ser autopoiético. Autopoiese não é uma característica, mas sim, a natureza cognitiva da vida. (MATURANA, 2002).

Maitland (1995), num enfoque filosófico, encontra na fenomenologia a noção de que a experiência pode acontecer em níveis pré-reflexivos e reflexivos, com maior ou menor participação da percepção consciente do indivíduo.

Da pré-reflexão emerge a possibilidade de reflexão, sendo aquela, a base desta. Na reflexão, a pessoa move-se, destacando-se da experiência pré-reflexiva que está acontecendo e então a descreve, refletindo sobre a experiência; esta leitura também se aplica ao processo de Rolfing. A experiência busca uma linguagem para se mostrar, e dela precisamos para que se possa ter uma apropriação reflexiva da realidade.

> ...precisamos de um outro tipo de linguagem, diferente daquela que temos, uma vez que ela não é adequada ao que queremos expressar quanto à natureza de nosso corpo-self nem sobre transformação (MAITLAND, 1995, p.xviii).

Aborda a relação observador-observado, sendo este o mesmo que aquele no que se trata do processo de contato e participacao na experiencia dinâmica da existência e da transformação continua de nosso corpo,

Maitland (1995, p. xvii). comenta que:

> Hoje há um resgate do corpo tal como na civilização judaico-cristã, que o negava. Esta revolução na qual Rolfing está inserido não é meramente uma revolução sobre transformação da consciência, é sobre algo mais fundamental. É o recobrar resgate de nossa participação corporal integrada de nosso pertencer à terra de modo vivido em nosso próprio corpo[1].

Se, por um lado, a experiência é pessoal, contextual e pré-reflexiva, por outro, aparecem dimensões de conhecimento que derivam da possibilidade que temos de "sentir-nos a nós mesmos". Nossa habilidade para "perceber" e para "perceber que percebemos" é acompanhada por dois tipos de possibilidades - o da linguagem e o de sair da experiência pré-reflexiva e refletir sobre ela.

O conceito de linguagem de Maturana, mais abrangente, engloba estes níveis descritos por Maitland, que simplesmente diferencia tipos de linguagem na conceituação de Maturana.

Portanto, a explicitação destas dimensões da experiência (pré-reflexiva ou reflexiva), norteiam para uma distinção entre formas de experiências possíveis de serem vividas no processo de Integração Estrutural, sendo que existe uma dimensão - a reflexiva - que pode trazer a consciência ao fato, criando uma linguagem e permitindo ao mesmo tempo a evolução pessoal e a do trabalho de Integração Estrutural como ciência.

Com a noção do sentir-se a si mesmo (*self-sensing*) e da descrição da experiência pré-reflexiva até a reflexiva, vem o conceito de intencionalidade, essencial para a noção de ser na fenomenologia - ser este que está sempre se dirigindo em direção a alguma coisa. Consciência é sempre consciência de alguma coisa; consciência e o objeto de consciência nascem juntos. E Maitland vai além, sublinhando que:

> ...intencionalidade é mais que uma forma de consciência, é também uma orientação somática, uma orientação psico-temporal e psico-espiritual, sendo ambas uma orientação pré-reflexiva e psicobiológica (MAITLAND, 2006, p. 8).

[1] Recovery of our embodied-belonging-on-the earth

Foi também Maitland quem trouxe para o contexto do Rolfing o termo Psicobiológico, utilizando-o pela 1ª vez em 2000. Classicamente este termo refere-se ao estudo da biologia do comportamento, área de conhecimento que lida com a intersecção da biologia com a psicologia e, tradicionalmente se dedicou às neurociências. No Rolfing, o uso do termo abre espaço para lidar

> ...com o que tradicionalmente se chamou de mente, e isto inclui a visão de mundo da pessoa. Esta taxonomia inclui a habilidade de percepção da sensação de si mesmo corporalmente (*self-sensing*), a orientação perceptiva e emocional do paciente em relação a como ele percebe seu movimento, sua auto-imagem e seu lugar no mundo (MAITLAND, 2000, p. 121).

Enfim, esta categoria lida com a dimensão subjetiva, conectando processos físicos, biológicos e emocionais, psicológicos e abre espaço de dialogo do Rolfing com a filosofia, a biologia, as neurociências e a psicologia de abordagem corporal.

Maitland (1995, p. xxv), também inova quando utiliza o termo Ontologia Somática, que é o inquérito sobre a natureza do ser por meio da investigação do nosso ser corpo (o soma). “Os mistérios do espírito são os mistérios da carne e são revelados na transformação daquele que se pergunta sobre eles.” Seu trabalho é uma exploração fenomenológica da natureza da transformação, da criatividade e da liberdade, tais como existem no nosso *self* corporal.

A atitude fenomenológica traz ao Rolfing uma possibilidade de se trabalhar e evoluir na compreensão da ciência, de maneira diferente da atitude neopositivista, uma vez que deixa em aberto a percepção da experiência oriunda nos processos de Rolfing. Temos, porém, que lidar continuamente com a atitude de pensamento neopositivista, uma vez que ainda é parte de nosso sistema de pensar contemporâneo e dificilmente saímos ilesos, não nos influenciando pelas correntes filosóficas vigentes. São desafios que enfrentamos devido à mudança de paradigma pela qual passamos.

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

Uma atitude fenomenológica seria “pré-reflexivamente deixar ou permitir o que é se mostrar, à medida que se mostra contextualmente e então interpretá-lo reflexivamente” (MAITLAND, 1999, p. 35).

O permitir é, portanto, essencial no exercício da fenomenologia e distingue-se do “querer”, do querer ativo, o que não significa passividade. Neste permitir, deixamos o que está acontecendo seguir seu curso sem interferir ou nos separamos do que está acontecendo. O permitir é o lugar onde o ser revela-se. Heidegger chama isto de logos.

Rolf, (1999) como veremos a seguir quando falarmos de Rolfing pelo Movimento, mencionava em sua metodologia a repadronização do movimento como essencial para a mudança de função e a mudança desta para a estabilização da estrutura. Para tal, concorriam à conscientização de padrões estruturais e funcionais. O germe do lidar com consciência no Rolfing já existia, porém, pouco mencionava sobre a participação do cliente neste processo, ou sobre como se dá a relação entre terapeuta e cliente, ou ainda, que papel ela tem no desenvolver deste. Tampouco mencionava algo sobre como monitorar tal transformação do ponto de vista técnico-psicológico, para as quais concorrem os sistemas de percepção, esquema corporal, e imagem do corpo do indivíduo.

Sob a ótica fenomenológica podemos dizer que Rolf trouxe um conceito básico, desenvolveu uma metodologia de terapia manual (toques especializados no tecido conjuntivo), sugeriu a investigação dos resultados emergentes daquilo que se manifestava. Tal atitude mostra que seu trabalho desenvolveu-se com o uso da referência fenomenológica, muito no nível pré-reflexivo e pouco no reflexivo; não lidava com o contexto, ou com o significado, nem dos padrões existentes, nem da transformação em jogo no contato clínico, variáveis estas que, consideradas do ponto de vista da ciência da Psicologia, são como pilares fundamentais para a evolução da consciência.

Numa visão materialista dialética histórica, consciência é uma expressão complexa da matéria. Mecanismos de evolução e adaptação formam-se pelas gerações, sendo este um processo histórico. A matéria transforma-se em movimento contínuo (KAHHALE, 2002).

Rolfing, assim como outras terapias corporais contemporâneas, lida com Transformação - mudança da forma humana. A forma é dada pela vida de cada pessoa. Para ela, concorrem

suas condições genéticas, sua história física, emocional, cultural e espiritual, que eventualmente se configuram em padrões estruturais e funcionais.

Como dissemos, Rolfing pode acontecer em muitos níveis de consciência - do pré-reflexivo ao reflexivo. O desenvolvimento da consciência também pode ser a essência da experiência de transformação proposta. Esta transformação acontece no ser que, ao viver sua realidade, vive sua mudança de forma e percebe-se em relação e em transformação, operando e participando na mudança por meio desta percepção, carregando a intenção da mudança formal em interação contínua com o ambiente interno e externo.

Prado (2003a); Prado (2005); Prado; Allen (2005) discorre sobre a relação percepção, consciência, emoções e subjetividade, apontando para a participação do emocional no processo de transformação e de desenvolvimento de consciência:

> A percepção que a pessoa tem de seu corpo, de seu movimento, a relação dela consigo mesma, acabam por representar sua subjetividade. É um corpo em constante dinâmica de formação que se construiu e que se construirá através da relação do sujeito consigo mesmo no ambiente. Esta relação vai constituí-lo. Para ela concorrem os sistemas de percepção (de si e do ambiente), seus movimentos e experiências e, sobretudo, a atribuição de significados, presentes nas dimensões afetivas desta dinâmica construtiva e formativa. O afeto é uma dimensão onipresente na formação e transformação do ser e em sua expressão. Enfim, gostamos ou não gostamos do que acontece conosco, atribuímos significados aos fatos e a isto reagimos e literalmente nos formamos (PRADO, 2004b, p. 3).

Ao tentar relacionar o trabalho de Integração Estrutural com o trabalho de Reich e do neoreichiano de Gaiarsa, Prado (1982) discutiu as relações, do ponto de vista de Rolf com o campo de abordagem corporal em Psicologia. Explorou como as propostas de Rolf poderiam possibilitar um trabalho profilático na dimensão emocional, na facilitação da coordenação, na educação de movimento e na construção da imagem do corpo. Ressaltou o valor que tem o toque na propriocepção do cliente, e que quando incorporado sistemática e premeditadamente à metodologia, poderia também contribuir para alterações na auto-estima e na construção da imagem do corpo. Tal trabalho já acenava para a análise das possibilidades de expansão da compreensão do Rolfing, uma abordagem psicobiólogica, no domínio da psicossomática, que eu gostaria de trazer para esta pesquisa.

As propostas são contemporâneas e revolucionárias. A transformação, possível e reveladora de um ser humano com capacidade de participar na evolução da própria espécie, num ato

consciente e livre, e que se faz ao fazer, expandindo e criando a consciência e o conhecimento humanos, também cria, desenvolve e apropria-se deste conhecimento ao fazê-lo. O desenvolvimento da ciência acontece ao mesmo tempo em que transforma o ser participante da transformação dos outros. O ensino, a pesquisa, a prática devem ser congruentes com este mesmo princípio.

Como dissemos, na proposta visionária de Rolf (1963, p. 19) aparece a menção de “ser esta talvez a primeira tentativa consciente de evolução que qualquer espécie tenha evidenciado” e encontra suporte na descrição fenomenológica feita por Maitland (1995, 1999, 2002, 2006), referindo-se à participação do ser no seu processo, dimensionando a transformação. Esta leitura cabe também numa perspectiva materialista dialética histórica quando afirmamos que a evolução e a transformação do ser acontecem na relação com o contexto, contexto este que implica em dimensões social e material, individual e relacional, biológico, psicológico e sociológico.

Nesta pesquisa, trataremos de verificar, por meio da descrição do processo de reflexão sobre o trabalho de aplicação prática da Integração Estrutural, as propostas de organização da metodologia de investigação; a criação e a transformação destes parâmetros; o seu uso e, fundamentalmente analisaremos os resultados concernentes à dimensão psicobiológica do Rolfing. Utilizaremos relatos dos clientes e dos rolfistas, bem como mostraremos a elaboração do ensino à pesquisa e o desenvolvimento da metodologia para esta abordagem, demonstrando como as questões ligadas à psicologia estão presentes e podem ser analisadas sob esta luz.

1.5. AVANÇOS NA TEORIA E PRÁTICA DO ROLFING

Rolf (Feitis, 1986) pesquisou empiricamente, criou o método e o ensinou nas condições descritas no início deste capítulo. Inicialmente, a práxis individual, seguida de encontros para educação continuada representaram o fórum de exploração e o fórum de debate para as primeiras especulações e investigações sobre o Rolfing. A matéria começou a ser primordialmente transmitida oralmente (Rolf deixou pouca coisa escrita), mas gradualmente começou a ser registrada por seus seguidores.

Bibliografia disponível

Em 1969, criou-se o *Bulletin for Structural Integration*. Esta publicação visava congregar as primeiras reflexões sobre Rolfing e, desta forma, a revista vigorou até 1980, para a qual Ida Rolf publicou 21 artigos e havendo um total de 131 contribuições.

Paralelamente, com a fundação do Rolf Institute, em 1971, criou-se um boletim informativo, denominado *Rolf Lines*. No início, a finalidade era servir como boletim de informações, contando com publicação de cartas, que se referiam ao Rolfing como ciência, registravam-se de relatos de experiências profissionais e fomentava-se um debate informal sobre a práxis do Rolfing.

A comunidade aumentava em número e se expandia além dos EUA, para a Europa e depois para o Brasil, Austrália e outros países. *Rolf Lines*, então, foi modificando-se e transformando-se numa revista mista, que continha artigos e relatos de pesquisas sobre Rolfing, bem como as notas informativas do *Rolf Institute*.

Foi em 1981, quando o *Bulletin for Structural Integration* deixou de ser publicado *que Rolf Lines* herdou seu espírito de revista mais científica e começou a publicar artigos de mais peso, antes reservados ao *Bulletin*. Atualmente está no Volume XXXV, registrando a maior parte dos debates sobre Rolfing, não só em artigos formais, mas também numa sessão denominada *Forum*, com troca de cartas e informes espontâneos referentes a temas polêmicos ligados ao exercício do Rolfing e sua teoria. Seu inventário constava de 372 artigos mais significativos quando, em 2001, mudou-se o nome desta publicação para *Structural Integration: the journal*

of the Rolf Institute, o corpo editor tornou-se mais rigoroso, extinguiu-se a sessão Fórum e mais 136 artigos foram nela publicados.

Na Suíça, Flury, em 1989 tomou a iniciativa de criar a *"Notes on Structural Integration"*, publicação que aconteceu anualmente ate 1993. Com um corpo editorial mais rigoroso, buscava selecionar só artigos científicos.

No Brasil, a ABR começou a editar o *Rolfing-Brasil* em 1999, publicação em português cujo conteúdo relatava trabalhos de rolfistas brasileiros ou traduções de artigos importantes das publicações estrangeiras, que está no seu 7º volume, no número 19, e 36 artigos publicados.

Simultaneamente, alguns trabalhos acadêmicos foram realizados, algumas pesquisas formais aconteceram e vários livros escritos por Rolfistas foram publicados, já como resultado da experiência na prática profissional desta comunidade, atualmente com 1460 pessoas, em 36 países, e em 48 dos estados dos EUA.

Porém, para que esta revisão de literatura pudesse acontecer, foi necessário o desenvolvimento de uma pesquisa que consistiu em reorganizar as coleções do *Rolf Institute* e da Associação Brasileira de Rolfing, complementando-as. Deste trabalho, nasceu a idéia de se organizar uma biblioteca virtual que facilitasse o acesso ao material disponível e que servisse de base não só para este trabalho, mas para o estudo futuro, tornando a produção intelectual existente em Rolfing disponível e com consulta ágil, ou seja, fornecendo base para pesquisa e ensino.

Este projeto foi por mim desenvolvido e atualmente a biblioteca está sediada no www.rolfinglibrary.com.br e esta revisão que se segue representa a primeira tentativa de sistematização do material escrito em Rolfing.

O Contexto do Trabalho

Maitland; Cottingham (1997) fez uma primeira organização sobre os diferentes domínios que Rolfing abarcava, e comentou que, para entendermos as contribuições de Rolf às terapias manuais e holísticas, precisaríamos compreender a diferenciação entre terapias holísticas e as demais. Desenvolveu um modelo com três paradigmas a serem usados em protocolos de

trabalho, que representavam três possíveis dimensões existentes: as relaxantes, as corretivas e as integrativas, holísticas.

No paradigma relativo ao relaxamento, as práticas buscavam alívio de dores ou sintomas presentes. Num segundo nível, o corretivo, as práticas dirigiam-se à correção daquilo que produziam os sintomas, buscando alterações para a eliminação destes. São intervenções mais tópicas, enquanto que o paradigma holístico, o terceiro, cultivava a integração, o equilíbrio e a harmonia da pessoa como um todo.

Como exemplo destes paradigmas, uma pessoa que apresenta dor nas costas faria uma sessão de massagem para aliviar e relaxar a tensão (1^{o} paradigma), algumas manobras biomecânicas para corrigir o alinhamento intrarticular (2^{o} paradigma), ou Rolfing para integrar o corpo todo na gravidade (3^{o} paradigma). Muito da medicina ocidental opera no 2^{o} paradigma, com especializações e busca de controle de sintomas.

Os objetivos e a atitude do profissional, em qualquer intervenção terapêutica, apóiam-se em algum destes paradigmas, e revelando posturas filosóficas diferentes. Estes paradigmas não são mutuamente exclusivos. Quando se tem a visão integrativa, pode-se corrigir um sintoma específico e alcançar o relaxamento. Um trabalho pode-se iniciar no primeiro ou no segundo e terminar num paradigma integrativo.

Rolf expandiu a abordagem holística, incluindo o conceito de integração na gravidade. Insistia em que mudanças estruturais ou funcionais duradouras requeriam do corpo um equilíbrio não só em relação a si mesmo mas também em relação à gravidade e ao ambiente. Freqüentemente, a volta da sintomatologia ou o aparecimento de novas disfunções deviam-se à impossibilidade da pessoa em adaptar-se às intervenções locais que não considerassem o todo no ambiente. Rolfing, portanto, tem dois objetivos concomitantes: o de organizar a pessoa em relação a si mesma e em relação à gravidade e ao ambiente.

A contribuição de Maitland, estabelecendo formalmente a dimensão e o campo de trabalho do Rolfing, ajudou a manter e a estabilizar o foco desta abordagem, a pontuar a atitude terapêutica e a discriminá-la de outras práticas de terapia manual. Rolfing pensa no todo da pessoa e mesmo as áreas sintomáticas devem ser percebidas e endereçadas em relação a este todo no contexto em que acontece.

Revisão de Alguns Conceitos Centrais

Gravidade e Linha

Durante estes últimos 50 anos, a própria ciência da Física trouxe novos modelos para lidar com o conceito de Gravidade,: tema central na proposta de Rolf. Tanto o conceito da linha gravitacional como a referência para o trabalho de Integração Estrutural (todas as estruturas humanas organizadas em torno do eixo central), como o conceito de forças compressionais (blocos que empilhados cujos centros de gravidade se alinhassem representariam uma estrutura mais organizada) mostraram-se limitados.

Tais conceitos foram extensamente discutidos nos anos que se seguiram à sua morte, tanto do ponto de vista teórico como de suas implicações para a prática do Rolfing, sendo as contribuições de Oschman J; Oschman N (1998) e Oschman (2001) as mais importantes. Tenta trazer os conceitos da teoria da relatividade e da física quântica para o domínio do Rolfing, esboçando explicações sobre a fisiologia do tecido conjuntivo à luz destes conhecimentos.

A exploração da natureza fisiológica e experiencial das forças do empuxo ajudou a considerar a gravidade não só como peso, mas como algo que produzia a leveza. Nesta discussão, havia duas vertentes: aqueles que valorizavam o conceito Newtoniano, e que tendiam a ver um homem estático e a estrutura como um campo fechado, ou seja, a unidade homem e a relação de forças e massas intra-sistemicamente, em relação a si mesmo (FLURY, 1989; HARDER, 1991; BRECKLINGHAUS, 1998; GAGGINI, 1998), e os que ao valorizar o que já era implícito na proposta de Rolf - a importância dos processos de orientação dados pelos sentidos na organização da postura (ROLF, 1977), chegaram à compreensão de gravidade como um conceito relacional, traduzido numa dança contínua, envolvendo os mecanismos de percepção e de ajuste de posicionamento da pessoa no ambiente (AGNEESSENS, 2001; ZORN e CASPARI, 2003). Estes viam um homem dinâmico e entendiam a gravidade no movimento.

Provavelmente não houve na comunidade inteira de Rolfing quem não tivesse participado e ainda participa deste debate.

A “linha”, conceito referencial da geometria ortogonal de Rolf também passa a receber atenção como um conceito estático ou dinâmico, conceito este que discutiremos a seguir.

Tecido Conjuntivo

O tema tecido conjuntivo (TC) conjuntivo também recebeu muitos estudos; foram artigos especulativos, compilações de material de estudo, alguns livros e algumas pesquisas científicas.

Vários professores de anatomia do *Rolf Institute* dirigem seus estudos e produzem livros sobre a descrição anatômica do tecido conjuntivo. Schultz; Feitis, (1996), Myers (2001) e Bertolucci (1998, 2003, 2005a e b), em vários artigos avançam na descrição do tecido conjuntivo na exploração das implicações que esta visão traz para a locomoção, na reabilitação e na dor crônica. Na mesma linha de inquérito, ainda outro professor de Anatomia do RI, Schleip, et al. (2005, 2006) se engajou em pesquisas laboratoriais, em que estuda a elasticidade passiva do TC, contribuindo mais para a compreensão do porquê o toque de Rolfing é eficiente, e como fazer para potencializar os resultados das intervenções. Ao estudar a presença de células de musculatura lisa na matriz do TC, abre a percepção dos rolfistas para os efeitos do toque de Rolfing no SNA. São resultados com ressonância para a teoria e técnicas do Rolfing (SCHLEIP, et al., 2004, 2005, 2006). Do ponto de vista teórico, assinalamos a contribuição de Oschman J; Oschman N (1993); Oschman (2001, 2003), no que se refere a uma visão de funcionamento de TC, visto sobre a luz da física quântica, e que muito se alinha às leituras atuais.

Como subproduto do desenvolvimento do Rolfing, surgiu a “Liberação Miofascial”. A riqueza advinda da exploração do toque no tecido conjuntivo foi organizada por alguns rolfistas em sistemas específicos. No Brasil, destacaram-se Bertolucci, Menegatti, Cintra e outros (BERTOLUCCI et al., 2005). São descrições de técnicas ou de sistemas integrados de técnicas, que mostram o registro de algumas possibilidades de intervenção manual para liberação miofascial e que podem ser usados nos diferentes paradigmas de trabalho, cuidando de sintomas específicos, e ajudando no alívio da dor. (BERTOLUCCI 2005b). Na Austrália, há a publicação de “Structural Bodywork”, de SMITH (2005).

O protocolo de 10 sessões: a Receita

Maitland (1993), ainda na tentativa de organizar conceitualmente a prática de Rolfing, também estabeleceu importante distinção entre Objetivos Gerais, Princípios, Estratégias, Técnicas e Táticas de Trabalho, estabelecendo uma hierarquia de pensamento que ia do mais abstrato ao mais concreto e, do mais geral ao mais específico - de princípios Gerais que dão suporte a estratégias que precisam de técnicas que empregam táticas.

Foi comum no aparecimento do Rolfing surgiu uma confusão entre as técnicas utilizadas e os objetivos do trabalho: identificava-se o trabalho com as técnicas ou táticas utilizadas. Assim, sendo uma terapia manual no tecido conjuntivo, usavam-se toques que vão do superficial ao profundo, utilizando-se mãos, punhos, antebraço ou cotovelos. Porém, estas táticas de trabalho não o definem, sendo meios para se desenvolver o processo de Rolfing. Tal confusão histórica levava as pessoas a não compreenderem o real sentido da proposta e, conseqüentemente, desvirtuavam sua prática.

Ida Rolf, para acelerar o ensino e a difusão de seu ponto de vista, deixou-nos um excelente protocolo formulístico de 10 sessões, astuto em sua concepção, amplo em sua dimensão e muito eficiente como estratégia de trabalho. Também foi extremamente útil na função de ensinar pessoas que, ao repetirem o protocolo sistematicamente e, aos poucos, compreenderem a natureza do trabalho e dominarem suas especificidades. O uso repetido de um protocolo formulístico para tratamento era um método de auto-aprimoramento profissional, de “auto-ensino”.

Tal o poder desta estratégia de 10 sessões, que ela também foi - e muitas vezes ainda o é - identificada com o trabalho em si mesmo.

Um protocolo traz em si dois desafios: um, o de assumir que os corpos reagirão da mesma forma na sua evolução até se atingir o “corpo ideal” e, outro, de comprovar que este método é apropriado para todas as pessoas.

Quanto ao primeiro ponto, as pessoas eram avaliadas em função desta possibilidade - organização estrutural em torno da linha gravitacional, vertical em relação à terra - e o processo de Rolfing era dirigido para a liberação das restrições no tecido mole, permitindo o emergir de uma organização mais ordenada. A organização estaria em torno deste eixo

central, buscando-se então, uma harmonização dentro dos limites apresentados em cada processo, para cada pessoa, uma vez ser o ideal inatingível.

Inúmeros testemunhos de alunos seus afirmam que seu trabalho não era sempre protocolar, adaptava seu método ao caso clínico trabalhado: a origem deste protocolo tinha o sentido de facilitar e agilizar o ensino.

Um protocolo formulístico, porém, por sua própria natureza, assume a existência de um corpo ideal, ou de um estado que represente a normalidade. Trata-se de um idealismo somático: formulismo e idealismo somático andam de mãos dadas (MAITLAND, 2002).

Por um lado, a aplicação dos mesmos procedimentos para todas as pessoas pressupõe que os resultados sejam os mesmos, e que se encaminhem na mesma direção: a do corpo que deveria ser daquela forma (MAITLAND, 2002). Assim, o que é único, específico em cada pessoa ou, as diferenças no processo de cada um, podem acabar não endereçados numa proposta formulística, idealística.

Porém, Ida Rolf não era crítica quanto ao seu idealismo somático e tendia a usar sua noção de corpo e função ideais como um parâmetro em relação ao qual avaliava o corpo dos clientes e os resultados do trabalho. Sua posição era universal e dizia respeito à espécie humana.

A observação clínica mostrava que a receita não contemplava as diferenças entre os vários tipos de corpos das pessoas. Com o gradual aparecimento das diferentes teorias que apresentavam diferentes tipologias estruturais, também ocorreram adaptações no uso da receita para atender tais diferenças.

Esta discussão coletiva gerou duas vertentes antagônicas: aqueles que se propunham a seguir uma prática que valorizava o idealismo somático e que utilizava o protocolo básico de 10 sessões, ensinado por Rolf, e aqueles que tentaram esclarecer os princípios subjacentes à receita, e que regeriam a estrategização em Rolfing. Estas vertentes geraram, em 1987, um cisma no *Rolf Institute*, criando-se a *Guild for Structural Integration*, onde se cultivou a primeira posição acima descrita e, no RI, em 1992, é publicado por Maitland e Sultan (1992) o artigo: “Definição e Princípios de Rolfing”.

Os professores avançados do *Rolf Institute*, então livres da polêmica, revisaram a "receita" e criaram os Princípios para estrategização, considerando a receita como uma das possíveis estratégias de trabalho.

Liberados das limitações advindas do idealismo somático e do formulismo, Rolfing passou a ser um recurso para mais pessoas, e seu domínio começou a considerar a maneira que tipos psicobiológicos diferentes lidam com os efeitos da gravidade, tendo isto se incorporado à sua teoria e prática. Todos os tipos de corpo/pessoa podem beneficiar-se do trabalho de Rolfing, mas nem todos da mesma maneira.

O Conceito de normal também sofre revisões; o normal deixa de possuir uma referência externa e adquire uma referência interna, pessoal, representando um processo de descoberta e de adaptação de cada pessoa. A linha vertical passa a ser vista como uma resultante, mais que como uma norma. Sem uma referência absoluta, descobrir o que é natural para cada um em relação a seu ambiente transforma-se, então, num processo muito mais complexo e fascinante:

> ...o que se constitui normal para cada indivíduo revela-se através de manipulação estrutural e da educação de movimento cuidadosos, que exploram e revelam a plasticidade e limitações inerentes na forma de cada pessoa em relação à maneira de adaptação ao ambiente. Seres vivos são sistemas que se auto-organizam, auto-regulam e se sentem; são caracterizados por uma busca contínua de equilíbrio, de organização, de harmonização para a melhoria de suas vidas. Normalidade não é um estado nem ideal, nem estático, mas uma realização ortotrópica que é conseguida através da vida repetidamente (MAITLAND, 2001a, p. 20).

A partir de então, originou-se o pensamento não formulístico, em que as estratégias seriam organizadas para cada indivíduo, respeitando-se os Princípios de Intervenção do Rolfing.

Maitland reduz a questão da estrategização a três perguntas básicas:

Como começo, como continuo e quando acabo uma sessão, ou um processo de Rolfing (MAITLAND, 1993). Maitland, Sultan e Salveson, em seus cursos avançados no *Rolf Institute* apontam para o princípio Holístico e mais 5 princípios que, operados entre si proveriam as condições em que o trabalho seria eficaz. Com o conhecimento destes princípios, o trabalho de estrategização seria mais livre, criativo e eficiente, endereçando as necessidades específicas de cada cliente no desenvolver do processo, e os resultados seriam mais eficazes (MAITLAND; SULTAN, 1992).

São eles:

HOLÍSTICO

Holismo é o meta princípio que compreende todos os outros.

“Nenhum princípio pode ser satisfeito a não ser que todos os outros também o sejam”.

Algumas decorrências do princípio holístico são que:

- o corpo é um todo e nenhuma parte é mais importante para a organização do todo que o todo em si;
- o corpo é uma unidade, e a disfunção somática também o é, 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-regulados e auto-organizados;
- para se compreender locais de disfunção precisa-se compreender o estado do todo e sua relação com o ambiente;
- que nenhum componente do corpo pode ser adequadamente compreendido quando isolado do todo e de sua relação com o ambiente;
- todos os princípios funcionam conjuntamente.

ADAPTABILIDADE

Este princípio trata da possibilidade do cliente em aceitar novas opções de alinhamento, da percepção de si e de movimento. Por meio deste princípio, reconhece-se que uma intervenção (seja pelo toque, pelo movimento ou pela palavra) só será efetiva se o cliente puder adaptar-se a ela, tanto no nível intrínseco da sua própria estrutura, na relação entre as diferentes dimensões da pessoa como no universo relacional da qual a pessoa faz parte, orienta-se, organiza-se e interage.

Desta forma, ao se soltar uma restrição miofascial, por exemplo, no retináculo do tornozelo de uma pessoa pelo toque, esta intervenção aumentaria a possibilidade de amplitude de movimento desta articulação e só se estabilizaria na medida em que os joelhos, o quadril, a coluna e a cabeça estiverem soltos para acomodar a liberdade produzida por esta soltura. Se os joelhos ou os quadris, estiverem, por exemplo, rígidos, o tornozelo não pode ser utilizado na dimensão de soltura disponibilizada pelo toque, e, portanto, segundo o princípio da adaptabilidade voltará a enrijecer-se.

Da mesma maneira, mesmo se a estrutura tiver liberdade suficiente na rede miofascial para acomodar este toque no retináculo do tornozelo e puder apresentar movimentos em todas as outras articulações do corpo no movimento, se o cliente não puder acomodar em sua imagem de corpo um movimento mais rápido, esta articulação voltará a prender-se. Ou ainda, se o cliente não tiver “coragem” de dar passos mais soltos e livres, sua estrutura se adaptará ao que ele como pessoa pode integrar neste momento.

SUPORTE

Segundo tal princípio, uma intervenção é bem sucedida na medida em que o cliente efetivamente encontrar suporte na gravidade para a mudança proposta.

No nível mecânico, por exemplo, se o quadril do cliente está deslocado anteriormente, ele não oferece suporte para seu peito e cabeça, e, portanto, serão necessárias compensações no sistema miofascial para a estabilização de sua estrutura na gravidade. Caso se liberem as restrições de tecido no peito, e não estiverem liberadas as restrições que mantém o quadril deslocado anteriormente no plano horizontal, o peito não encontrará suporte mecânico para tal liberdade, a mudança não se estabilizará e, voltará a contrair-se para poder equilibrar-se na gravidade.

Da mesma forma, se a pessoa não puder iniciar a marcha pelo peito, e continuar repetindo o padrão de iniciá-la pelo quadril anteriorizado, o peito liberado na manipulação do tecido tenderá a contrair-se novamente por falta de suporte dinâmico na gravidade. Então, o reconhecimento do sistema de suporte e sua utilização no movimento passam a ser elementos do trabalho.

Esta mesma pessoa pode encontrar suporte no seu processo de percepção e orientação no espaço e no aumento de consciência da sensação em seus pés, o que ajuda aumentar a consciência de postura e de equilíbrio, e atender ao princípio de suporte no Rolfing.

Num outro nível, a consciência de um padrão ou o próprio suporte terapêutico podem ter uma dimensão de auxiliar no suporte para uma mudança nos níveis estrutural e funcional.

PALINTONICIDADE

Em grego, Palintonos refere-se ao diálogo dos opostos; é a relação entre as dimensões espaciais que precisa ser respeitada concomitantemente. Este arranjo reflete a ordem existente e em transformação. Trata da unidade dos opostos no corpo e no movimento do corpo da pessoa no espaço; ele está presente na relação entre estruturas, espaços, volumes e planos. Refere-se à ordem ortogonal. Reconhece que o sucesso da intervenção é função de relações espaciais apropriadas entre si.

Usaremos, para exemplificar, o corpo de uma pessoa deprimida que apresenta um peito colapsado, exercendo pressão mecânica sobre o diafragma respiratório e sobre as vísceras. Do ponto de vista do princípio palintônico, o equilíbrio entre a parte superior e à inferior do espaço visceral ficam assim qualificadas: pouco espaço na parte acima do diafragma e muito volume na parte inferior ao diafragma respiratório. A transformação viria na proporção em que se encontrasse uma nova relação espacial, soltando-se o peito e deparando-se uma relação espacial diferente entre estes dois compartimentos do tórax. Simultaneamente, transformar-se-ia a relação entre inspiração e expiração (imaginando que no caso desta pessoa deprimida o padrão respiratório estaria provavelmente fixo em expiração com o peito colapsado, o que reduziria possibilidade contrátil do diafragma respiratório) e aí estaríamos falando da palintonicidade funcional.

Num outro nível, se a pessoa pode ter um peito mais alto, também sua cabeça poderia ser carregada numa posição mais ereta, o que influenciaria na percepção de si, do ambiente e desta relação. Tratamos aqui da aplicação do princípio de palintonicidade aplicado à relação da percepção da estrutura pessoal e ambiental e sua relação com o processo de transformação e de integração da pessoa na gravidade.

CONTINUIDADE

Qualquer nível do organismo humano vai se refletir em todos os outros níveis. Todas as intervenções afetam a continuidade, a organização e o funcionamento do todo que, por sua vez, trará o limite do sucesso da intervenção. A possibilidade do diálogo intra e interníveis do ser e as diferentes dinâmicas implicadas nos processos são levadas em conta de acordo com este princípio.

No exemplo acima, descrevemos mudanças que aconteceriam no nível estrutural, mecânico (relação entre parte superior e inferior do tórax), seus efeitos funcionais (alterações na relação entre os ciclos respiratórios), psicológicos (eventualmente ligados à mudança na percepção do mundo, cabeça mais erguida e alcance de percepção maior para o ambiente, e sua relação com esquema corporal e imagem do corpo). Caso a pessoa não possa sustentar a mudança nos estados emocionais que, porventura fossem proporcionados pela mudança de percepção ambiental e de si mesmo, não haveria continuidade na mudança proposta para esta dimensão, qualificando, então, o alcance da intervenção. Caso não pudesse assimilar a mudança funcional na respiração, também se reduziria o alcance da intervenção.

Se a pessoa pudesse perceber o sentido desta transformação (o que significa para ela a mudança da postura em relação a gravidade, da função respiratória, do aumento da percepção do ambiente) poderá viver um nível diferente de apropriação do processo.

Estas passagens dizem respeito ao princípio de continuidade.

FECHAMENTO

Este princípio atesta que a sessão ou o processo termina quando o paciente alcança o maior nível de integração somática e perceptiva disponíveis, considerando-se as limitações presentes neste tempo e neste espaço. O Fechamento se refere ao momento da maior integração disponível.

Por este princípio, considera-se o nível de integração que o cliente pode ter de seu processo, pré-reflexiva ou reflexivamente. Refere-se ao grau de apropriação ocorrida ou ainda necessária para se poder chegar ao momento de fechamento do processo.

Para se atender a este princípio, precisa-se levar em conta variáveis que acontecerão sem a presença do terapeuta, uma vez que mudanças estruturais terão efeito na função pelo do tempo.

Como se trata de encontrar a melhor possibilidade disponível no momento, dadas pelas limitações histológicas, de movimento ou processuais presentes, para respeitá-lo, precisa-se considerar o fato de que rolfing acontece em ciclos, dentro das possibilidades e das limitações

desta fase do processo de uma pessoa. Fase esta que prepara a próxima fase a acontecer quando a pessoa desejar.

Existe uma delicadeza em se respeitar este momento e de não se abrir um novo ciclo de mudanças que não poderão ser integradas nesta série, e, ainda respeitando este princípio, o rolfista precisa “devolver o processo ao cliente”, para que este possa participar e possuir como seus os resultados do processo.

Cabe ressaltar que, em função do metaprincípio holístico, o trabalho acontece na medida da interação entre todos os princípios. Todos operam simultaneamente e transformam-se, ao mesmo tempo, no decorrer do trabalho.

A elaboração dos princípios possibilitou o trabalho não-formulístico que requer percepção e avaliações constantes para a definição dos níveis nos quais o trabalho acontecerá, bem como para as escolhas das técnicas apropriadas nas intervenções. Junto com o desenvolvimento dos princípios, Maitland (1993, p. 3) expõe taxonomias de acesso e de observação, que buscam ajudar na percepção de como estas diferentes dimensões impactuam o corpo ao organizar-se na gravidade.

As categorias levantadas foram:

- Física;
- Funcional;
- Energética;
- Emocional.

Prado (2004a), ao escrever o Manual Para Uso dos Questionários do NAPER, propõe uma definição de termos e sugere uma adaptação para tais categorias, sugere:

- Física:
  - estrutural;
  - funcional;

- Psicobiológica:
  - emocional/psicológica;
  - cultural/ ambiental;
  - existencial/ espiritual;
  - energética.

As maiores funções desta categorização foram: permitir a localização das diferentes disfunções e fixações do cliente em cada taxonomia de acesso e possibilitar a determinação das questões que, se forem endereçadas, beneficiariam mais o todo da pessoa.

Esta organização ajudou no desenvolvimento do Rolfing, por explicitar os diferentes domínios presentes na pessoa e no trabalho, e permitir a organização das técnicas existentes (PRADO, 2004a, p. 3) e futuras a serem criadas, bem como a verificação das lacunas existentes. Como veremos a seguir, o que era implícito toma forma, discrimina-se e organiza-se.

Abaixo, encontra-se a apresentação das diferentes taxonomias de acesso, suas definições e principais avanços teóricos em relação a elas.

FÍSICA

ESTRUTURAL

Esta taxonomia envolve o acesso ao alinhamento biomecânico e geométrico do corpo. “Pode ser operacionalizada através de posições segmentares ou geométricas, por meio de topografia computadorizada” (MAITLAND; COTTINGHAM, 2000, p. 120). Na tradição cotidiana do ensino e da clínica em Rolfing, utilizam-se fotografias antes e depois das sessões ou do processo como um todo para avaliação desta dimensão.

Ida Rolf utilizava o modelo de organização ortogonal das relações entre os planos espaciais; buscava definir como as partes do corpo relacionavam-se nos planos sagital, horizontal e coronal. A diminuição de uma destas dimensões implica adaptações nos outros planos. Simplificadamente, mediante este deste modelo procurava-se ver como os blocos representados pelos maiores segmentos se alinhavam. A linha central, o eixo gravitacional, era considerada como referência de observação da arquitetura tridimensional do corpo. Para esta leitura tridimensional, sugeria o modelo “core/sleeve” (Feitis, 1986, p. 211), referindo-se às estruturas mais internas ou externas do corpo e ao seu respectivo equilíbrio anatômico funcional.

A exploração do modelo de Ida Rolf levou ao aparecimento de vários novos modos de enxergar o arranjo formal humano, organizados em algumas teorias de organização estrutural, e seu desenvolvimento teve ressonância no desenvolvimento de técnicas específicas e eventualmente na qualidade do toque utilizado na manipulação.

As principais são as de Flury, Sultan e Schleip.

Flury (1989) médico, suíço, buscou, quase literal e ortodoxamente, definir os efeitos da compressão gravitacional no arranjo miofascial. Criou uma tipologia com 4 itens que se apóiam na inclinação e no deslocamento anterior ou posterior da pelve no plano horizontal. Descreveu os encurtamentos primários e secundários da estrutura como um todo, oriundos das características de combinação de deslocamento e inclinação da pelve. Dentro de um parâmetro positivista, buscava medidas para a criação de uma linguagem “rolfística” e para a fundamentação da ciência nascente. Harder (1991), seu principal seguidor, acrescentou discussões físicas e biomecânicas.

Sultan (1986) desenvolveu o modelo Interno-Externo, baseado em observações da osteopatia craniana, ciência que estuda os fluxos do líquido crânio-sacral. Existem duas fases – flexão e extensão - neste fluxo, dependendo da preferência ou da fixação individual, as estruturas miofasciais acomodam-se em rotações específicas, afetando o arranjo da estrutura como um todo.

Schleip (1993a) produziu extensa reflexão sobre o papel do Sistema Nervoso no arranjo estrutural; ele propunha uma tipologia baseada na predominância de atividade dos músculos extensores ou flexores. Além desta tipologia, seu trabalho contribuiu para o uso técnico do toque, monitorando-se seus resultados em função do tipo de estimulação nervosa sugerida.

Sultan, Salveson e Maitland, numa tentativa de dar maior precisão à leitura estrutural de Rolf, desenvolveram um modelo estrutural baseado no desenvolvimento embriológico. É o modelo dos “Cinco Elementos Estruturais”; o corpo era subdividido em 5 elementos – espaço visceral, camadas superficiais, cintura pélvica, escapular e complexo axial. O arranjo estrutural era observado sob a ótica da relação entre estes componentes. Inicialmente não fora proposto como uma tipologia, mas como instrumento de ajuda na percepção e estrategização do trabalho (MAITLAND, 2000).

Schwind (1992, 2003) trouxe, da nascente osteopatia visceral de Barral e Mercier (1983), avanços na forma de enxergar e lidar com o espaço visceral. A observação e a descrição minuciosas de membranas ligadas à sustentação dos órgãos, salientando sua importância no arranjo estrutural global, bem como o desenvolvimento de técnicas para abordá-las, abriu todo um novo capítulo na evolução do Rolfing. Gaggini (2000, p. 6-10) e Sommer (2005, p. 127-130) seguiram a mesma pesquisa.

No domínio das técnicas de acesso e táticas específicas, o grupo de professores avançados (ASHER, 1997; MAITLAND (2000, 2001b), SULTAN et al. (2001), e SCHWIND (2003) desenvolveu técnicas de Rolfing para lidar com cada articulação do corpo. Atenção deve ser dada ao fato de que não se tratam de técnicas da osteopatia ou da fisioterapia; apesar de influenciadas por estes campos: são desenvolvimentos da visão de trabalho com tecido conjuntivo do Rolfing. Os melhores exemplos das descrições técnicas estão presentes em “Spinal Manipulation Made Simple.”(MAITLAND, 2001b) e nos compêndios desenvolvidos por Maitland, Sultan e Salveson para as classes avançadas que ensinava (MAITLAND, 2000).

Além destes autores, também Gaggini (2003) acrescentou a esta vertente do Rolfing, desenvolvendo uma reflexão sobre biomecânica do alinhamento.

A influência da osteopatia craniana, em suas várias modalidades por Upledger, (1983); Milne (1994); Sills, (2001), trouxe para a prática do Rolfing algumas manobras específicas, especialmente às utilizadas no trabalho na cabeça bem como modalidades técnicas que exigiam atitudes diferentes por parte dos praticantes. São as técnicas diretas - desafiar o padrão existente - versus as indiretas - levar o tecido na direção do padrão, acolhê-lo e esperar pelo gradual desmanchar dele, estabilizando-o na estrutura e na gravidade. Estas diferentes atitudes, que vão do fazer ativo ao receber a mudança, abriram o leque de tipos de intervenção, não só no que se refere à taxonomia estrutural, mas também por toda a gama de categorias de acesso (SULTAN et al., 2001; WALKER; LOWIET, 2004, por meio do trabalho de MAITLAND, 2006).

FUNCIONAL

Envolve a avaliação da qualidade e economia de movimentos; pode ser operacionalizada pela avaliação do tempo na mobilidade, por testes de equilíbrio e pela observação do movimento (MAITLAND; COTTINGHAM, 2000, p. 120).

Esta categoria possui as maiores polêmicas e evoluções do trabalho de Rolfing. O trabalho de movimento no Instituto conteve, em sua égide, muitos dos elementos que depois foram desdobrados na categoria psicobiológica (emocionais, culturais, energéticas e espirituais).

Cabe aqui, para a melhor compreensão dos avanços relativos a esta perspectiva do trabalho, um relato histórico de sua evolução.

História e abordagens

Ida Rolf reconhecia que o trabalho de manipulação de tecido conjuntivo resultaria em transformações funcionais. Trata-se da equivalência, já citada anteriormente, entre estrutura-função e comportamento.

Já, logo no início de seu trabalho, ela utilizava movimentos para ajudar no resultado da intervenção manipulativa. Uma de suas frases famosas era “coloque o tecido onde ele pertence e peça movimento”. A premissa subjacente era a de que o corpo ideal, com movimento correto, equilibraria a rede miofascial e as funções decorrentes. Portanto, trabalhou com movimento durante as sessões como técnica auxiliar à manipulação.

A série de exercícios herdados de Amy Cochram, que foram depois batizados de “Ida’s Yoga Exercises” por seus alunos, eram utilizados como re-padronização de movimentos e sensações. A ênfase aqui já é a dos registros neurológicos dos padrões de movimento, e movimento é visto como técnica de reeducação de propriocepção articular e educação da transmissão de movimento pelo corpo. Uma descrição prática destas técnicas foi feita por Caspari (1996).

Reconhecendo a importância da função, Ida 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 de técnicas funcionais. Sua visão logo se chocou com a linha formulística e de idealismo somático de Rolf. Aston continuou seu trabalho, afastou-se do *Rolf Institute* e fundou o sistema denominado *Aston Patterning* (FOSTER, 2004; PARRE, 2005).

O próximo grupo que desenvolveu esta perspectiva foi liderado por James, Wing, Olgren, cujo trabalho de movimento dirigia-se à exploração e à educação somática para que os

clientes encontrassem opções de movimento em seu cotidiano, conforme se soltavam na gravidade (OLGREN; CLARK, 1995, WING 1982a e b). Era um trabalho auxiliar ou complementar ao trabalho de manipulação estrutural, em que a relação terapêutica era enfatizada e, conceitualmente, vinha de uma perspectiva mais processual (percepção do ritmo do cliente nas transformações e apropriações de resultados).

Dugan e French, em 1987, desenvolveram uma vertente mais introspectiva no trabalho; levavam os clientes a perceber suas fixações e, por de micromovimentos com toques leves acrescidos de pequenas estimulações que acessavam e acompanhavam o soltar destas fixações e ajudavam com a reintegração na gravidade. O trabalho permitia a percepção de muitos aspectos emocionais, assemelhando-se a uma psicoterapia de abordagem corporal. Então, tal método encontrou forte resistência entre os mais estruturalistas e o trabalho de movimento começou a ser discriminado, desvalorizado. Em 1990, ambos deixaram o Instituto e fundaram o DFA (*Dugan, French Association*).

Wing e Olgren no início, e depois Jaye e Harrington por muitos anos, carregaram a tocha desta visão e, com ela, sustentaram valores ligados a processos internos, a emoções, a relações terapêuticas e à própria introspecção, valorizando tanto a percepção do movimento interno como a exploração de formas de integração na gravidade.

Esta perspectiva trazia uma atitude de trabalho diferente da dos estruturalistas, que facilmente podiam perder-se no “fazer” o trabalho, caindo em atitudes clínicas de 2^{o} paradigma, revelando atitude dualista e tratando o corpo como objeto a ser modificado. Já o trabalho com movimento, que valorizava a experiência do cliente e que era, *a priori*, não formulístico, sustentava uma visão mais fenomenológica.

Foi com o advento da formulação dos Princípios para Estrategização de Rolfing, por Maitland, Sultan e Salveson (MAITLAND; SULTAN, 1992), que o trabalho de Movimento foi então percebido como uma técnica que poderia ser utilizada isoladamente, ou em conjunto com técnicas de manipulação.

Como dissemos anteriormente, Prado e Jaye, foram pioneiros nesta integração; em 1985, ensinaram em Mairinque (SP), assistidos por Caspari, uma classe onde fizeram esta exploração, dando advento ao Modelo Educacional Brasileiro, que eventualmente foi adotado pelo RI. Tal modelo usava princípios de estrategização, ensinava não formulisticamente e o

trabalho estrutural ou de movimento era definido pelas necessidades do cliente; as sessões poderiam ser puras –predominantemente uma só técnica - ou combinadas (PRADO, 1995).

A produção resultante desta união foi imensa; as técnicas já disponíveis foram revisadas, expandidas e publicadas por Caspari (1996) e surgiram novas técnicas em Movimento, como, por exemplo, Alongamentos Estruturais, que aliavam estrutura e função (Prado, 2000), e o trabalho de Bond (1993) um guia de auto-ajuda por meio do Rolfing Movimento, o trabalho de Carli-Mills em 1998, discutindo a integração de Rolfing com Rolfing Movimento, e o de Flury (1991), com a exploração do que ele denominou Função Normal.

Surgiu, então, Godard (1994), rolfista e professor da Universidade de Paris, vindo da dança, de íntima conexão com Laban, adepto ao pensamento das cadeias musculares, conceito em voga na Europa nos anos 80. Ensinou na escola de Cadeias Musculares de Godelieve Stuff-Denis (STUFF-DENIS, 1995) e teve incursões na osteopatia esquelética, craniana e visceral. Trabalhou com movimento e reabilitação e trouxe a Teoria da Função Tônica para o Rolfing. Esta teoria compreende o estudo do movimento, valorizando-se a função da musculatura tônica na organização da postura e no equilíbrio (NEWTON, 1997).

Tanto para os estruturalistas como para os movimentistas, a teoria ilumina profundamente ao dar suporte teórico que permite lidar simultaneamente com estrutura, função e contexto, incluindo-se aí, a coordenação de movimento, o papel da percepção na organização da estrutura e do movimento, e o universo de significação e sua relação com a gravidade. Mais elementos que já estavam dentro da teoria e prática de Rolfing adquirem luz própria.

Os conceitos de musculatura intrínseca e extrínseca, tão salientados por Ida Rolf, ganharam descrição muito mais detalhada e ampla. Abriu-se a discussão do papel da percepção na organização da postura e sua correlação com a gravidade, e sua importância na prática do Rolfing. Os modelos de cadeias musculares e o acesso às camadas tônicas colocaram a coordenação muscular e, conseqüentemente, a economia funcional e a integração estrutural no mesmo patamar.

Os debates sobre Função Tônica estimularam a reflexão e a produção de artigos para o Rolf Lines (FRANK, 1995; NEWTON, 1997, 1998a, 1998b; MENEGATTI, 2003; CASPARI, 2005).

A presença da atuação de Godard, neste momento histórico de desenvolvimento do Rolfing, permitiu não só o apaziguamento dos ânimos e dos medos dos estruturalistas como pôde resgatar os valores contidos e mantidos no trabalho de movimento; trouxe também um novo ponto de vista, observando que o trabalho de movimento e o trabalho de manipulação são a mesma coisa, permitindo assim uma visão ampla do cliente, em suas perspectivas biomecânicas e funcionais, simultaneamente.

Em 2001, na Alemanha, em Seon, realizou-se uma reunião de cúpula, num encontro internacional, contanto com os professores avançados, e de movimento que se denominou SUMMITT, onde o currículo foi explorado e definido do ponto de vista estrutural e funcional, e as dimensões das relações terapêuticas estavam presentes nos processos (EUROPEAN ROLFING ASSOCIATION, 2001).

A grande questão presente era como organizar um currículo que pudesse honrar a tradição e os avanços do Rolfing, ensinando-o em suas diferentes perspectivas (estrutural e pelo movimento) e, ensinar as perspectivas formulísticas e não formulísticas. A experiência no ensino mostrava que o ensino não formulístico exigia dos alunos uma abstração para se pensar por meio de princípios que nem sempre era possível de se atingir num curso básico.

Escolheu-se a receita clássica, o protocolo de 10 sessões de Rolf, como eixo desta discussão e do novo currículo. Revisaram-se as críticas ao modelo formulístico e se percebeu que a fórmula poderia ser utilizada não como algo estanque e universal, mas como guia, uma vez que por referir-se do ser humano tem uma dimensão universal, e as diferenças individuais precisariam ser tratadas com flexibilidade. A receita clássica foi então utilizada como referência de um pensamento que pode integrar a dimensão estrutural e o ponto de vista funcional. Ou seja, as muitas variáveis que o pensamento funcional inclui podem ser organizadas em torno do conceito estratégico que a receita representa. O resultado foi o seu rejuvenescimento e a abertura do espaço para o desenvolvimento da “lógica funcional da Receita”, inspirada em Hubert Godard e formulada e publicada por Caspari (2005).

O desenvolvimento das neurociências tem influenciado a produção de artigos e técnicas exploratórias. São os trabalhos de Menegatti (2004) que aprofundam a relação da filogênese e sua aplicação no Rolfing.

PSICOBIOLÓGICA

Como dissemos anteriormente, Maitland (2000, p. 121), ao introduzir a palavra Psicobiológico no domínio do Rolfing, acrescenta que esta categoria refere-se ao que tradicionalmente se chama “mente” e inclui a visão de mundo do cliente. Tal taxonomia apresenta a habilidade do corpo de sentir-se, a orientação emocional e perceptiva do paciente em relação à maneira de ver seu movimento, a sua auto-imagem, o seu lugar no mundo. Esta taxonomia pode ser operacionalizada pela leitura de relatórios pessoais e de inventários.

A definição deste domínio por si só representa um avanço no sentido de abrir o espaço para se discutir a intersecção das dimensões comportamentais e somáticas que dizem respeito à teoria e à prática da IE.

Para relatar os avanços ocorridos nesta categoria, seguirei a proposta que desenvolvi (2004), onde apresento sugentão quanto a uma modificação nas taxonomias propostas por Maitland (1993) sugeri incluir, numa categoria mais ampla denominada Psicobiológica, as seguintes subcategorias:

- emocional/psicológica
- cultural/ambiental
- existencial/espiritual
- energética.

No meu entender, esta divisão é mais clara que a categorização de Maitland (física, funcional, emocional e energética) quanto à discriminação das diferentes perspectivas.. O aluno/profissional remete-se aos domínios gerais, físicos ou psicobiológicos e, a partir daí, expande seu inquérito nas diferentes subcategorias, sempre cuidando para não se reduzir a especificidade de nenhuma subcategoria, uma vez que o ser humano se trata de um todo e a categorização, um artifício para ajudar-nos na percepção discriminada de dimensões deste todo, que é maior que a soma de suas partes.

EMOCIONAL

Para melhor analisar os avanços ocorridos nesta dimensão do trabalho, tratarei, ao longo do texto que se segue, de alguns subtemas:

- Rolfing e Psicoterapias;
- Relações Terapêuticas ;
- Rolfing e Patologia;
- O toque no contexto Terapêutico.

A Dimensão Subjetiva: Significado e Consciência

A categoria ligada ao emocional foi tratada com a dissociação histórica presente na transição de paradigmas em que Rolfing nasceu, e que permeia mentes e atitudes na segunda metade do século XX.

Tendo florescido em Esalen - berço exploratório de novas abordagens do Movimento de Potencial Humano - Rolfing foi também alvo de muita especulação. Gestalt, Bio-Energética, Terapias Corporais neoreichianas, a futura Hakomi, Psicologia Formativa de Keleman, BMC - Body-Mind Centering, Continuum - todas estavam também sendo geradas. A noção de acesso ao universo emocional pelo corpo era parte de práticas dos anos 60-70-80 do século XX.

A dimensão emocional tinha tamanho foco que o próprio estabelecimento do Rolfing e suas primeiras descrições estavam sempre associados às novas formas de psicoterapia. Artigos em revistas dirigidas à Psicologia como *Psychology Today* ou *Psychotherapy Handbook* relatados por Feitis (1986 p. 36-8), entre outros, eram freqüentes no início da disseminação do Rolfing.

A princípio, a maior referência era Reich e seus seguidores; dois conceitos básicos eram explorados – o de Couraça Muscular do Caráter e o de Energia.

Associava-se o toque direto no tecido e nas couraças como elemento de dissolução delas. O poder de transformação corporal advindo da prática do Rolfing levava-o a ser percebido como algo que “dissolvia couraças”, e permitia o fluir energético pelo corpo. Neste caso, suas técnicas e táticas eram utilizadas em contextos de psicoterapia, e a definição dos campos de trabalho das diferentes abordagens (integração estrutural ou psicoterapia) era confusa, ora negando-se o efeito psicológico do Rolfing, ora utilizando-o como técnica auxiliar de psicoterapia. Houve prática clínica em que se faziam sessões duplas: uma de Rolfing, seguida de uma sessão de Psicoterapia. Como vimos anteriormente, não havia a intenção de propor Rolfing como uma forma de psicoterapia, mas o soltar emocional naturalmente acontecia no processo. Relatos de bem-estar ou de desorganização emocionais eram freqüentes.

Na própria cultura interna dos Rolfistas, muitos artigos foram escritos comparando, integrando, discriminando Rolfing de outras formas de Psicoterapia, bem como trabalhos e estudos de casos que relatavam o uso combinado de técnicas psicoterapêuticas com Rolfing

foram freqüentes: Reich, (SHARAF, 1972); Bio-energética (LUSTFIELD, 1997), Jung (FRENCH, 1997, p. 15-17), Psicanálise (KERTAY, 1999a), Psicopatologias (SHORT, 1997, p. 15-19; ASHER, 1997) Gestalt (GREENWALD, 1969).

Esta produção revelava uma divisão entre o mental e o corporal e mostrava como a dimensão emocional carecia de compreensão própria dentro da terapia holística. Como solução para tais questões, separavam-se os campos de trabalho e Rolfing ficava mais ligado à dimensão física da pessoa. Os resultados no plano emocional eram vistos como decorrentes, não monitorados; o trabalho ligado ao toque acontecia pré-reflexivamente.

Técnicas importadas de outras práticas eram utilizadas e porventura incorporadas ao Rolfing, assim como especulações sobre as diferentes tipologias que refletiam a organização emocional no corpo.

Prado, em 1982, apresentou na Universidade de São Paulo um trabalho em que explorava as "Contribuições do Pensamento e Obra de Ida P. Rolf para quem trabalha com postura em Psicologia". Nele mostrava o novo ponto de vista de Ida Rolf e apontava para o uso profilático do trabalho de Integração Estrutural para questões emocionais. Também sugeria uma revisão dos conceitos de Couraça Muscular do Caráter, tendo-se em vista a unicidade do tecido conjuntivo pelo corpo e suas características anatômicas (PRADO, 1982).

Surgiram, nesta ocasião, duas vertentes: uma que buscava, nas outras práticas psicoterapêuticas, inspiração para reconhecimento de padrão e monitoramento de sua transformação, (p.e. a leitura das tipologias criadas na bioenergética) e, outra, que tentaria levar do Rolfing noções para a Psicologia (p.e. o conhecimento da estrutura humana para a exploração do universo subjetivo).

Uma vez que Rolfing era uma metodologia de abordagem corporal que, implicava em toque físico, a presença da reflexão sobre os papéis terapêuticos, a transferência e a contra-transferência, os profissionais de Rolfing por precisarem situar-se pessoal e comunitariamente sobre estas questões, também contribuíram para uma discussão mais ampla do que aquela que acontecia no RI e que incluía, na verdade, todos os que lidavam com Abordagem Corporal nesta época (MELAMED, 1980).

Este assunto conduziu diretamente à reflexão sobre Ética e Ética do Toque, ajudando a comunidade de rolfistas a refletir, a encontrar e a formar uma atitude ética no contato clínico (GREENSTREET, 1992; KERTAY 1999b; KEEN, 1999; DELANEY, 2003).

O início da prática de Rolfing foi acompanhado do que chamaria de uma lenta construção de identidade do rolfista como profissional. Este processo é evidentemente acompanhado do próprio desenvolvimento da ciência do Rolfing, e desta própria busca de identidade.

Logo se percebeu a potência do método, potência esta que era revelada na transformação física e emocional dos clientes que passavam pelo processo. Os pioneiros estavam na posição de ter que validar a identidade do Rolfing como método, e, para tal, baseavam-se, então, nas transformações físicas mensuráveis e visíveis. Na busca de resultados concretos, é provável que o trabalho tenha sido exagerado e que o tipo de toque, comprometido com a obtenção destes resultados visíveis, tenha sido forte demais, o que pode ter gerado a reputação do Rolfing como uma técnica dolorida e invasiva, com conseqüentes efeitos nas relações terapêuticas e na atitude ética associadas (PRADO, 1999). Além disto, esta atitude de trabalho levou a um comprometimento desproporcional com resultados formais, o que atrapalhava na percepção de Rolfing como processo único e individual de cada cliente, com seu ritmo particular.

Com o tempo, houve um amadurecimento que se fez sentir em várias dimensões da prática do trabalho:

- uma gama maior de toques especializados oriundos das descobertas da influência do Sistema Nervoso no resultado da alteração do tônus miofascial (SCHLEIP, 1993b);
- a percepção de Rolfing como um processo que transcende a “receita clássica” de 10 sessões, permitindo, assim, a exploração do processo do cliente;
- a noção de que o soltar das compensações do tecido conjuntivo no arranjo estrutural permitem a manifestação e atualização da estrutura subjacente a estas compensações estruturais;
- uma mudança na atitude terapêutica que foi “do fazer” no cliente para “o facilitar” o seu processo (PRADO, 1999; ZORN e CASPARI, 2001).

Este amadurecimento trouxe para o Rolfing um cenário bastante evoluído na dimensão das relações terapêuticas, da ética e da visão processual no trabalho.

Este movimento foi permeando o Sistema Educacional do RI da ABR e da ERA, e mais espaço vem gradualmente sendo dado aos temas Relações Terapêuticas e Ética (LUCHAU, 1977, PRADO, 2003a, 2004b).

Foi Levine (2002), médico, cientista e rolfista dos primeiros tempos, que desenvolveu o *Somatic Experiencing* (SE), método para lidar com os efeitos do Estresse pós-traumático. Ele influenciou toda uma nova geração de rolfistas; escreveu inúmeros artigos sobre estresse (LEVINE 1977, 1980, 1997, 2004). Seu trabalho consistia em buscar a regulação do SNA, afetada pelos traumas de choque ou de desenvolvimento. Numa abordagem somática, considerava que a ativação dos ramos simpático e parassimpático do Sistema Nervoso Autônomo, em situações de ameaça não resolvidas, podia levar a um congelamento de sua atividade e, as respostas de luta ou fuga ficarem inacabadas, portanto, desorganizando a atividade tanto do SNA como do SNC. O trabalho propunha com a senso-percepção (*felt-sense*) de Gendlin (1982) como método e, uma vez acessadas as ativações remanescentes e completadas as respostas inacabadas, monitorar-se-iam as descargas de forma titulada. A presença consciente do cliente no contato com suas sensações e sua participação nas descargas produziriam não só o reequilíbrio do SNA, como também gerariam uma nova experiência, desta vez de poder, resgatando-se distúrbios pós-traumáticos.

Este trabalho contemporâneo está sendo alvo de pesquisas sistemáticas; porém, os efeitos do treinamento que Levine, entre 1998 e 2000 ministrou aos Rolfistas foram significativos. O que mais chamou atenção deles foram as estruturas sobreacopladas no corpo - muscular ou nervosas - abrindo a percepção dos profissionais para a natureza traumática da organização do tecido. Num segundo nível, a qualidade do toque poderia levar à resolução do congelamento neurológico e produzir descargas autônomas. E, num terceiro nível, sua teoria levou os profissionais a um monitoramento destas descargas e, conseqüentemente, ao refinamento das relações terapêuticas. O toque, aliado à sensopercepção do cliente, tornou-se técnica, ao lidar com os traumas de natureza emocional pela evolução do Rolfing. Tal evolução exigia toques diferenciados, atitude específica do terapeuta possibilitando contato com as emoções. E, dessa maneira, a reintegração na gravidade aconteceria como continuidade do processo de Rolfing.

O valor de sua influência recaiu sobretudo no lidar com a dimensão emocional somaticamente, o que se afinava com as propostas de Rolf.

Keen, (1999); Prado, (2000); St. Just; Sanchez (2001); Sanchez (2004); escreveram a respeito disto. O trabalho de Alongamentos Estruturais (2000) de Prado inclui este pilar em sua concepção.

Portanto, começou o desenvolvimento de técnicas específicas de Rolfing para lidar com a questão emocional. Prado (2005) e Prado; Allen (2005), seguindo os trabalhos de *Rolfing Moviment* de Jaye, Harrington e Goddard, explorava outra vertente que é a valorização do papel sobre o significado que o cliente dá ao seu padrão percebido, bem como ao sentido que atribui à transformação dele.

Prado (2005), em "Treinamento Avançado, uma oportunidade para aprofundar nossa compreensão do Subjetivo", chama atenção para a necessidade de Rolfing desenvolver sua própria abordagem em relação aos significados e às emoções, aliados às experiências dos padrões somáticos - uma perspectiva específica e diferente das outras ciências. Também discute a subjetividade e a natureza individual ou cultural dos significados inerentes à vida psicológica do indivíduo, assim como sua influência na postura e no movimento - "um fato cognitivo e afetivo simultaneamente".

Prado (2005, p. 5), propõe o trabalho com o significado, sua exploração, e abre metodologia técnica para tanto:

> Assim como a gravidade une as perspectivas estrutural e funcional, ela também é a chave para o trabalho com significado. O campo de exploração portanto é de como o significado e a dimensão subjetiva afetam e são afetadas pela organização e função do ser na gravidade.

Nesta abordagem centrada no cliente, a reflexão sobre a experiência proposta e sobre os efeitos da percepção dos significados nos padrões e na transformação vividas trazem leitura, contato, conscientização, participação do cliente no seu processo, acesso ao material emocional, como são vividos, e que cuidados requerem nas relações terapêuticas.

A proposta exploratória visa a mediar a experiência pré-reflexiva em direção à reflexão e sugere analisar seus efeitos na transformação. O vértice desta exploração é a organização do corpo na gravidade e no contexto: os objetivos do Rolfing.

Como dissemos, Rolfing pode acontecer em muitos níveis de consciência: do pré-reflexivo ao reflexivo. O desenvolvimento da consciência também pode ser a essência da experiência de transformação proposta. Tal transformação acontece no ser que, ao viver sua realidade, vive sua mudança na sua forma - ser este que se percebe em relação e em transformação, que opera e participa nesta mudança pela percepção, carregando a intenção da modificação formal em interação contínua com o ambiente interno e externo.

É impossível, nesta fase de evolução do Rolfing, não se considerar a dimensão simbólica e afetiva presentes no ser, bem como seus padrões, tais como formados em seu ser.

Pela própria evolução do Rolfing, fica claro que a adaptação através de todas as taxonomias vai representar o momento do processo pelo qual o cliente passa, definindo o tipo de adaptação da pessoa à gravidade, pontuando os resultados dados por uma maior integração consigo na gravidade e no ambiente.

Outros autores estão com inquéritos na mesma direção: Keleman (1992) com a Psicologia Formativa, Kurtz (1992) com Hakomi, Lizbeth Marcher com Bodynamics (MEISTER, 1991; STOLZOFF, 1997), são apenas alguns exemplos deles. Os trabalhos destes autores foram explorados por rolfistas e produziram literatura a respeito da interface deste inquérito e Rolfing.

Quanto à questão das Relações Terapêuticas (RT) no processo de Rolfing, Luchau (1997), Kurtz (1992) e Prado (2004) têm trazido contribuições para esta exploração. A questão que se impõe é a de como seguir um processo de Rolfing em todas as dimensões. Quais as variáveis presentes neste paradigma? Não se trata de um processo psicoterapêutico, mas um processo de transformação em que estão envolvidos muitos níveis de expressão de comportamentos humanos. O processo define-se como educacional, de facilitação, mais do que como terapêutico; porém, as dimensões de cura podem estar presentes. Este processo acontece numa relação em que concorrem Rolfista e Cliente. Tal relação é a 4ª dimensão do processo de integração da Estrutura: a dimensão relacional (PRADO, 1995).

Ainda dentro da Dimensão emocional, dois trabalhos acadêmicos brasileiros merecem destaque:

Motta (2003), apresenta um trabalho em que lida com Avaliação da Imagem Corporal antes e depois do processo de Rolfing, em 10 pessoas. Ele conclui que a Imagem do Corpo apresentou variações que podem estar ligadas à intervenção do Rolfing, e que Rolfing facilita o autoconhecimento por meio de identificação das sensações corporais, propicia também mudanças que abrangem o comportamento e å atitude psíquica do sujeito, assim como a relação entre as diversas partes de sua estrutura física;

Merlino (2005), em "Rolfing como Agente Restaurador da Comunicação entre Corpo e Ambiente: A conquista do Chão", faz importantes reflexões teóricas sobre percepção, consciência e imagem corporal, ligando-os a procedimentos de Rolfing. Neste trabalho, Merlino relata um estudo de caso, ligando percepção de si e do ambiente, consciência, transformação e uso de metáforas .

A questão da consciência e seu desenvolvimento mediante a apropriação pelo sujeito de seu processo de transformação, de um nível sensorial, pré-reflexivo até um nível reflexivo, com linguagem consciente, em contato com a transformação percebida dos significados envolvidos na visão de pessoa/mundo, são o objeto de desenvolvimento desta categoria.

CULTURAL

Esta categoria começa a receber atenção formal. Foi incluída no "Manual para Preenchimento de Registro Clínico", apontando que a inserção do indivíduo em seu contexto também forma seu corpo e seu movimento (PRADO, 2004a) e que certos padrões estruturais e de movimento são compartilhados por um grupo cultural, e, às vezes, pertencem a um certo momento histórico e a eles atrelados vêm significados pessoais e padrões culturais (PRADO 2005).

Maitland (2000, p. 121) comentou a influência da visão de mundo da pessoa em sua estrutura. Prado (2005, p.25-28), ao discutir Significado, apontou: "Significado é um fator individual e cultural. Quando procuramos pelo significado… estamos procurando como o indivíduo compartilha esta resposta com outros". E também sugere, neste artigo, lidar-se com esta dimensão por meio de técnicas ligadas à conscientização do padrão, do movimento ou da atitude dele oriundas.

A diversidade cultural e a expansão de Rolfing pelo mundo nos levaram a abrir este campo de reflexão no próprio domínio do Instituto e das Escolas de Rolfing, seus alunos e clientes de

classe, mostrando ser ele um campo rico e promissor para a investigação da intersecção entre cultura, estrutura, movimento e gravidade.

ENERGÉTICO

Aqui se situa a questão do que vem a ser energia no senso-comum e na ciência. Em Rolfing, esta discussão também permeia estas duas dimensões.

Rolfing, por ser uma proposta que vai lidar com Integração Estrutural, que é equivalente à Economia Funcional, promove, do ponto de vista biológico, o que no senso-comum é percebido como bem-estar, vitalidade. A imprecisão no uso do termo “energia” nos faz confrontar com o próprio avanço das ciências (física, química e biologia) e com o fato de que profissionais e clientes o escolhem para expressar algo, e que o fato de nem sempre quererem expressar a mesma coisa com este conceito, não impede de levar-nos a precisar, a prestar atenção no que se quer expressar pela expressão deste conceito.

Cabe, portanto, nesta questão central, uma discussão destas duas dimensões: a científica e a leiga.

Do ponto de vista científico, segundo Maitland (2000, p. 121), o conceito de energia:

> ...se relaciona aos campos energéticos e aos fluxos que são transmitidos através do corpo. A taxonomia energética pode ser operacionalmente medida através das micro-correntes que são transmitidas pela rede de tecido conjuntivo ou da atividade autônoma medida pela variação da pulsação do coração.

Neste sentido enumero aqui novamente algumas pesquisas que foram realizadas:

Cottingham; Porges; Lyon, (1988) e Cottingham; Porges; Richmond, (1988) fizeram trabalhos sobre a variação da medida de atividade parassimpática por meio do toque de Rolfing, apresentando resultados significativos.

Cabe também citar novamente os já referidos estudos de Oschman (2000, p. 165-6), importantes contribuições que trouxe com seus trabalhos sobre tecido conjuntivo, considerando-os como modelos que se aplicariam mais à compreensão do funcionamento do Rolfing, onde energia é vista como conceito da física quântica.

As pesquisas de Hunt (1996, p. 22-25), com leitores de aura são um exemplo de um outro tipo de tentativa de exploração da dimensão energética em Rolfing. Como relatamos anteriormente, tentou correlacionar dimensões físicas, emocionais e energéticas, obtendo resultados significativos.

Stucker (1999), seguindo os passos de Hunt, explora a relação eletromagnética com Rolfing (1998), desenvolvendo técnicas de trabalho guiadas pela organização do campo eletromagnético da pessoa. Muita discussão sobre estas propostas, que ambiciosa e corajosamente tentam levantar hipóteses para correlacionar no trabalho duas das forças físicas mais potentes da natureza: a gravitacional e a eletromagnética, hipóteses estas que encontram problemas em seu registro e avaliação e, é inerente a esta discussão, o desafio de como possibilitar a leitura das fixações decorrentes neste nível, o energético, desenvolver e descrever as técnicas disponíveis para endereçar as questões.

Uma vez que o termo "energia" é usado para descrever a intensidade, ou a densidade energética de processos metabólicos, muito da produção daqueles que se dedicaram ao estudo de Rolfing do ponto de vista biológico (VARELA e FRENK, 1988; MENEGATTI, 2004; D'UDINE, 1994, 1998; OSCHMAN 2000) estão contribuindo para este nível da evolução da ciência do Rolfing.

Pequeno, porém saudável, o diálogo com os terapeutas bioenergéticos em suas diferentes tendências por ser o âmbito onde o conceito de energia e bioenergia permeiam os campos não só das ciências exatas, mas também da psicologia e da pedagogia. As poucas interfaces exploradas são os trabalhos sobre Reich, (SHARAF, 1972) e Bio-energética (LUSTFIELD, 1997) que já foram relatadas.

Numa tentativa de se definir a linguagem utilizada com alunos e com o público, surgiu a necessidade de se discutir o conceito de Energia na Faculdade Brasileira de Rolfing, em 2005. Desta frutífera discussão, decidiu-se que se trata de território mais seguro utilizar o termo vitalidade, bem-estar, ligado à experiência do cliente, evitando-se o uso impróprio do termo Energia, deixando para os cientistas sua definição e sua exploração, dada a diversidade de conotações adotadas no senso-comum.

EXISTENCIAL / ESPIRITUAL

Esta categoria congrega objetivos ligados aos aspectos transformacionais do Rolfing (PRADO, 2003b, 2004a). Tal categoria já estava implícita desde a criação do Rolfing, revelados na escolha de uma metodologia somática que contém objetivos que são de outras dimensões.

Mais uma vez Maitland (1990) é quem se preocupa em dar o contexto filosófico para servir de suporte à exploração de Rolfing na dimensão existencial. Sua elaboração atesta que Rolfing busca na Ontologia Somática, a tentativa de investigar a natureza do ser por intermédio do nosso ser corpo.

A prática do Rolfing lida com transformação, e este mistério, o de se operar na/com a transformação humana, não só física, também é central a sua prática, tendo ocupado espaço constante na produção dos estudiosos.

De certa forma, toda a produção coletiva destes 35 anos representam, em última análise, um debate sobre a característica evolucionista do ser nesta teoria e prática. Algumas de forma mais explícitas; outras, menos.

Johnson, (1999, p. 33-34) conduz uma discussão sobre o ícone linha gravitacional, e a trata como um Mudra. Vários autores propõem a linha como modelo de organização corporal para meditação e também como processo de aperfeiçoamento na direção de um aprimoramento espiritual.

A “linha símbolo” propõe uma organização entre o céu e a terra, situando aí o fenômeno humano e trabalhando para organizar seu fato entre estas dimensões, fornecendo suporte e expansão para a experiência humana.

De certa forma, toda prática do Rolfing está conectada com este princípio e pode ser explorada sob esta ótica. Não se trata de investigação hermética sobre a mágica da transformação, mas do inquérito aberto sobre este processo. O debate leva a se conceber o trabalho focalizando gravidade como contexto relacional, o ambiente e a integração de meu ser comigo mesmo e com o cosmos simultaneamente.

Como Rolfing trabalha numa perspectiva de soltar compensações no tecido somático, e espera-se que o ser humano então tenha condições de explorar novas possibilidades advindas desta liberação e organização, a dimensão espiritual é antes de mais nada observada pelos seus resultados na experiência dos clientes, como uma possibilidade humana de participação cósmica, desta feita viabilizadas pela organização estrutural.

1.6. O DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA EM ROLFING

O DESENVOLVIMENTO DO CURRÍCULO

O desenvolvimento do Rolfing aconteceu paralelamente ao desenvolvimento do ensino e com a fundação e implantação das Instituições que serviram de suporte para sua evolução, tanto nos EUA, onde o Rolfing foi criado, como nos demais países por onde se expandiu e vem sendo ensinado.

Há um grande desafio ao se estruturar e ensinar uma metodologia nascente. Especialmente quando se trata de um ponto de vista novo e, sobretudo, quando a perspectiva filosófica é holística e a visão de homem subjacente é evolucionista.

Como ciência humana, Rolfing requer cuidados na seleção de seus candidatos; inicialmente, foi ensinado para pessoas selecionadas diretamente por Rolf e, depois, quando as Instituições foram fundadas, tais pessoas assumiram esta responsabilidade. É ensinada em nível de pós-graduação, em Instituições não acadêmicas. Os alunos poderiam ser provenientes de formações prévias diferentes. Nos EUA, sede do *Rolf Institute*, o curso é aprovado oficialmente pelo Departamento de Educação do Estado do Colorado; no Brasil e na Europa, são cursos livres de extensão; na Austrália e Japão ainda não tem regulamentação oficial.

Há uma centralização do ensino de Rolfing pelo *Rolf Institute* que seleciona, forma e controla o desempenho dos professores; desenvolve e controla o currículo mínimo, além de delegar às Associações satélites a função de ministrar os cursos em outros lugares fora dos EUA (ERA – Associação Européia de Rolfing, ABR – Associação Brasileira de Rolfing, ARA- Associação Australiana de Rolfing, JRA – Associação Japonesa de Rolfing).

O ensino de Rolfing compreende o desenvolvimento de conhecimentos sobre a matéria e de desenvolvimento pessoal, utilizando-se da metodologia básica. Assim, é importante que o aluno tenha experimentado o processo e que, ao vivenciá-lo, assimile-o em sua própria experiência pessoal. Os candidatos devem passar pelo processo tanto de Rolfing Estrutural como de Rolfing pelo Movimento, antes de ingressarem nos cursos, em que novamente vão experimentar o processo, desta vez recebendo informações e fazendo as reflexões intelectuais concernentes.

Quando começou a ensinar, Rolf queria fazê-lo para profissionais médicos, osteopatas e quiropraxistas. Estes profissionais não compreenderam seu ponto de vista e se apropriavam de elementos da técnica e das táticas de trabalho aplicando-os fora do contexto mais amplo (integração de estruturas) que definia o Rolfing. Porém, percebiam um impacto inovador e as pessoas ficavam intrigadas com seu trabalho.

Até 1971 (Fundação do *Rolf Institute*), ela ensinava pessoalmente em todos os cursos. Como citado anteriormente, havia organizado o sistema que denominou Integração Estrutural (posteriormente chamado de Rolfing) numa estratégia de 10 sessões (a "receita"). O tempo de ensino era curto; as classes tinham alunos em dois níveis: ouvintes e praticantes, e os cursos duravam 5 semanas (duas sessões por semana). O aluno-ouvinte primeiramente observava a formação dos praticantes e, numa segunda rodada (como praticante), passava pelo processo novamente em classe e aplicava a metodologia em clientes de classe, com supervisão da Dra. Rolf. Esta fase era profissionalizante. Usava, portanto, a "receita" como estratégia de ensino. Cada sessão tinha um tema e uma localização anatômica específica que orientavam o trabalho.

Rolf assumia que a receita era uma estratégia segura para os alunos seguirem e, com a prática, completarem sua formação. Dizia que os alunos precisavam de 5 anos de experiência para "realmente" entenderem o que é e como funciona Rolfing. Porém, não dizia que era a "receita"; ela criara a receita e o modelo de ensino com ouvintes e praticantes para poder agilizar a divulgação do Rolfing. Porém, a receita era a estratégia segura para este desenvolvimento inicial dos profissionais.

A medida que o tempo passava e os praticantes trabalhavam, mais clientes eram rolfados, pois a demanda por continuação do trabalho e dos processos aumentava e, imediatamente, surgia a necessidade de aprofundamento na aprendizagem, revisão de conceitos básicos e a própria necessidade de se ter um repertório maior de possibilidades de trabalho.

Ela recomendava, como Educação Continuada, um *workshop* de 6 dias por ano que, no início, era ela mesma quem ensinava. Nesse encontro os alunos trocavam sessões entre si, evoluíam em sua própria Integração Estrutural e discutiam sua visão de trabalho. Despontava o trabalho de manutenção e as séries de 3 sessões. Estas seguiam as estratégias das sessões 8-9-10 que, por serem sessões "integrativas" na fase de fechamento do trabalho básico, por sua própria natureza, menos formulística, prestavam-se à função de evolução com clientes que já haviam

passado pela série básica. Sem se afastarem muito da receita básica, conduziam a evolução dos alunos até o treinamento avançado.

No fim da década de 60 e no início dos anos 70, å medida que o trabalho foi desenvolvendo-se, foram criados os cursos avançados para dar continuidade à formação dos profissionais.

No início, o trabalho avançado não possuía estratégia definida. Enquanto vivia, chegou a uma organização do trabalho avançado em 4 sessões que, como tática, utilizavam-se posições parecidas com posturas de *hatha yoga*. Posteriormente, já após sua morte, estas 4 sessões tornaram-se 5. Então, tentou-se organizar uma "receita" avançada; com o curso avançado haveria a compleição da educação do profissional. Sua especificidade residia no fato dos clientes estarem em posições ativas durante o trabalho de manipulação, o que exigia do cliente maior presença e controle durante o processo e, do profissional, habilidades mais sofisticadas.

Rolf acreditava que o trabalho de manipulação deveria ser acompanhado por trabalho de "movimento", para repadronização da função e para estabilizar a transformação estrutural. Oferecia, em seu currículo, exercícios de repadronização que aprendera com Amy Cochram. Como dissemos, convidou Dorothy Nolte e depois Judith Aston para desenvolverem esta dimensão do trabalho. Com a fundação do RI, seus discípulos mais antigos começaram a ministrar os cursos básicos e ela restringiu-se a lecionar nos cursos avançados.

Após sua morte, em 1979, os cursos eram dados no RI por seus discípulos, seguindo o formato que Rolf utilizara. Assim como ela começara a fazer nos seus últimos cursos básicos, incluía uma semana de estudos de Anatomia do Tecido Conjuntivo antes do curso. O procedimento padrão era fazer uma conferência sobre a sessão a ser ensinada, uma demonstração, uma troca de sessões entre os alunos e depois a prática clínica.

Paralelamente, com a multiplicação de profissionais, com as observações clínicas, com a prática do ensino e a reflexão sobre o trabalho, houve um desenvolvimento das técnicas de manipulação e de movimento e o currículo básico começou a transformar-se.

Criou-se então um "pré-curso" para padronizar a formação anterior dos alunos, que poderiam vir de áreas profissionais diferentes. Neste curso, ensinava-se Anatomia, Fisiologia, Cinesiologia, Psicologia e Massagem, com o intuito de fornecer recursos humanos para os que vinham das áreas de ciências exatas e vice-versa. Tais cursos desenvolveram-se, tentando

adequar estes conhecimentos àqueles já desenvolvidos e específicos da recém-nascida ciência do Rolfing. Desta Forma, Anatomia e Fisiologia eram dadas com um enfoque global, e não sectarizado, não compartimentalizado; Psicologia, como relações terapêuticas no trabalho corporal; Cinesiologia, pensando-se a relação de movimento com estrutura corporal; Massagem, como introdução ao toque miofascial, etc. Este pré-curso passou por etapas de desenvolvimento até estruturar-se num curso de 200 horas, obrigatório, constituindo-se numa primeira unidade do curso de Rolfing. Sua denominação também passou por fases: Pré-Requisitos, Pré-Curso, Estudos Integrados, Fundamentos para Trabalho Corporal, Fundamentos para Práticas Somáticas. Este corpo de conhecimentos se estruturou então na Unidade 1 do projeto Educacional do RI.

Eventualmente, as Unidades 2 (para alunos ouvintes) e 3 (para alunos praticantes) tornaram-se homogêneas (todos os alunos no mesmo nível): Unidade 2, em que o foco principal é a incorporação do trabalho, os alunos aprendem passando pela experiência, trocando trabalho entre si e, a Unidade 3, que é a sessão mais clínica do treinamento, além de aprofundarem na teoria, os alunos atendem clientes em classe. Estes módulos estenderam-se para 8 semanas cada um, com um total de 300 horas/aula por unidade.

Os *workshops* anuais estruturaram-se num programa denominado Educação Intermediária, com cursos obrigatórios para desenvolvimento técnico em manipulação e movimento, e em matérias optativas (que cobriam a grande variedade de abordagens nascentes no campo).

O curso Avançado estruturou-se num curso de 200 horas a ser cumprido entre 3 e 7 anos de formação. Rolfing, então, evoluiu de um curso de 280 horas para um curso de 1120 horas/ aula. O aluno que não cumprisse este contrato de 1120 horas de estudo em sala de aula, no prazo acordado, seria desligado da Associação, perdendo o direito de denominar-se um rolfista ou de chamar seu trabalho de Rolfing.

O ENSINO DO TRABALHO POR MEIO DO MOVIMENTO

Como comentamos anteriormente, Rolf queria o desenvolvimento do trabalho pela função, pelo movimento; achava que era uma complementação do trabalho de manipulação. Dorothy Nolte, depois Judith Aston, desenvolveram seu trabalho e percebeu-se que mais pessoas

interessadas nesta perspectiva queriam aprendê-la. Este novo corpo de conhecimento ainda carecia de organização formal, porém já tinha conteúdo suficiente e gerava interesse de se explorar sua relação com o processo de Rolfing, pela da manipulação do tecido conjuntivo. Formou-se um grupo piloto para se ensinar, de forma sistematizada, este trabalho num curso que acontecia paralelamente a uma formação de Rolfing. De manhã, os alunos assistiam às conferências e às aulas teóricas de Rolfing Estrutural e, à tarde, faziam explorações pelo movimento. Disto nasceu um corpo de conhecimentos que eventualmente se transformou num currículo de um curso de formação de "Professores de *Rolf Movement*", paralelo ao da Formação de Rolfistas.

O Instituto começou a oferecer cursos e formação independentes de "*Rolfing Movement*" e "Rolfing Estrutural". Os alunos de Movimento freqüentavam as conferências e assistiam às demonstrações das aulas do curso de "Rolfing Estrutural". Se, por um lado, o trabalho Estrutural continuava seguindo a receita de Ida Rolf e a manipulação direta de tecido conjuntivo, uma prática bastante estruturada, o trabalho de Rolfing Movimento, por sua própria natureza, tinha uma metodologia de trabalho e de ensino não lineares, portanto, mais difícil de ser ensinado e, muitas vezes, de ser compreendido pela mentalidade mais "estruturalista", uma vez que não apresentava uma seqüência de manobras a serem seguidas, requerendo um nível de abstração e compreensão de outra ordem.

Porém, a força e o sentido desta metodologia aumentavam e, eventualmente, percebeu-se que se poderia obter transformações estruturais apenas mediante o trabalho pelo movimento, sendo este uma metodologia própria, alinhada aos objetivos gerais do Rolfing. Gradualmente, sessões de Movimento foram também tornando-se pré-requisitos para os candidatos à formação em Rolfing. Mais tarde, em 1987, instituiu-se o estudo de Rolfing Estrutural como pré-requisito para se estudar Rolfing Movimento; porém, a questão da integração do ensino destas metodologias continuava presente.

Houve, iniciando-se no fim da década de 80, um projeto piloto denominado *Combined Studies*, que pretendia ensinar Rolfing Estrutural pela manipulação, simultaneamente com Rolfing Movimento, produzindo alunos com certificação em ambas as abordagens. Nestes cursos, assim como nos anteriores, a metodologia de ensino tinha uma visão pedagógica integrada entre informações, prática clínica e evolução pessoal.

O *Combined Studies* propunha que os alunos trocassem 4 sessões semanais em classe, ou seja, para cada sessão estrutural haveria uma de movimento. O resultado disto foi avaliado como uma sobrecarga muito grande para o aluno e os processos individuais sobrepunham-se à dimensão de aprendizagem intelectual também necessária. O projeto foi finalmente abandonado em 1995, deixando estas duas abordagens separadas tanto no ensino como na prática de Rolfing. Tratava-se de utilizar uma técnica ou outra.

Na segunda década do ensino do Rolfing, já com Ida Rolf ausente e o *Rolf Institute* organizando-se funcional e politicamente - o trabalho acontecia na prática e a reflexão era ainda embrionária -, dois assuntos tornaram-se críticos: o trabalho formulístico versus o não-formulístico; as técnicas de manipulação versus as técnicas de movimento. Algo intrincado revelava-se como desafio para a evolução, prática e ensino do Rolfing e se referiam a visões e paradigmas diferentes: por um lado, uma visão mecanicista, neopositivista e, por outro, uma visão mais experiencial e fenomenológica.

O ENSINO FORMULÍSTICO E NÃO FORMULÍSTICO

A receita era um guia confiável e seguro para o iniciante. A manipulação do tecido conjuntivo e sua técnica requeriam tempo e precisavam da atenção direta do rolfista. As sessões de trabalho pela técnica de manipulação eram “cheias”, e sempre havia muito por ser feito.

As dimensões do trabalho relacionadas com o processo do cliente, a dimensão não física do trabalho (emocional, espiritual), bem como os aspectos que incluíam a participação consciente do indivíduo no seu processo (significado dos padrões, da transformação, apreensão do novo, história emocional, desabrochar ontológico, relações terapêuticas…), foram temas mais presentes e desenvolvidos entre aqueles que trabalhavam com *Rolfing Movement,* ou entre alguns praticantes do trabalho de manipulação que não encontravam tempo nas suas estratégias formulísticas para lidar com estas dimensões concretamente. A pressão vinha de todos os lados, uma vez que os contratos e expectativas dos clientes também assumiam as 10 sessões como referência ao processo.

As demais técnicas de Movimento propunham toques mais gentis e possibilitavam mais experiências nas dimensões não físicas; a própria estruturação estratégica do trabalho seguia

linhas processuais e não linhas biomecânicas. O contexto cultural da época explorava novas formas de psicoterapia (neoreichianas) e trabalhos de abordagem corporal (que se proliferavam como Feldenkrais, Alexander, Tragger, Polarity, Eutonia (COTTINGHAM, 1985). O Rolfing Movemento aproximava-se mais destes valores e guardava-os dentro da cultura do Rolfing.

Porém, no nível interno do Instituto, havia aqueles que achavam que o único Rolfing era o da manipulação de tecido e que a única estratégia de trabalho era o trabalho formulístico, tanto no nível básico como no avançado. E, entre tais extremos, situava-se uma gama de combinações: aqueles que achavam que o trabalho de manipulação poderia ser combinado com o trabalho de movimento e os que não achavam isto. Alguns viam benefício em que a manipulação viesse antes da intervenção pelo movimento e, outros, que viesse depois; outros ainda, pregavam que o trabalho pelo movimento deveria ser interveniente às sessões de manipulação estrutural. Ademais, havia aqueles que achavam que o trabalho de movimento deveria ser formulístico e, outros, que achavam que o trabalho de manipulação deveria cuidar mais do processo do cliente e não só da dimensão física envolvida.

Todas estas questões permeavam o desenvolvimento do currículo; tornaram-se questões políticas e levaram a dissabores nas relações pessoais entre professores, administradores e membros e, finalmente, uma “batalha dos egos” gerou um cisma no Instituto e na Faculdade, acompanhado de reverberações negativas por todos os membros do *Rolf Institute.*

Como dissemos, no fim da década de 80, já depois do cisma, os professores avançados do corpo docente revisaram a Receita, iniciando um trabalho de descrição dos princípios que regiam a estrategização da abordagem (MAITLAND; SULTAN, 1992). De posse dos “Princípios para Estrategização do Rolfing”, estabeleceu-se o pensamento não formulístico (raciocínio até então só utilizado para o trabalho avançado).

A INTEGRAÇÃO DO ENSINO PELAS TÉCNICAS ESTRUTURAL E DE MOVIMENTO

Na década de 90, a Faculdade do *Rolf Institute* dedicou-se à descrição e à revisão do Currículo. Esta tarefa visava a precisar e a unificar a formação de Rolfing: fato pedagógica e politicamente complexo.

Já se havia elaborado uma grade curricular que foi expandida e organizada com objetivos distribuídos pelas seguintes categorias:

- teoria de Rolfing;
- intervenção – nas técnicas Estrutural e Movimento;
- corporação (*embodiment*)[2] ;
- relações terapêuticas;
- reconhecimento de padrões.

O conteúdo programático seguia estas categorias gerais que eram diferenciadas nas diversas unidades do curso (unidades 1.2.3., educação continuada e nível avançado).

O sistema de Avaliação dos cursos constituía-se de entrevistas no meio e ao fim de cada unidade, elaborada em formulários específicos que ajudavam a verificar a apresentação de comportamentos definidos e observáveis referentes a cada objetivo do programa.

Coletivamente, trabalhava-se no desenvolvimento curricular e buscavam-se formas de integrar as técnicas estruturais e de movimento. Três propostas diferentes surgiram:

- a Americana, que colocava o trabalho funcional como interveniente no trabalho estrutural;
- a Européia, que mantinha as formações separadas, e
- a Brasileira, que tentou usar os Princípios de Estrategização como elemento comum entre as duas metodologias (estrutural e movimento) e também tentou ensinar Rolfing por meio do pensamento não-formulístico, favorecendo a escolha de técnicas em função do processo clínico de cada cliente.

A proposta brasileira ressuscitava a dupla certificação; o trabalho foi iniciado por Prado e Jaye e apresentado na reunião da Faculdade do RI de 1995 em Boulder Colorado, (Prado, 1995), desenvolvido e elaborado nos cursos brasileiros subseqüentes por professores brasileiros e professores convidados estrangeiros, entre eles, Jaye, Harrington, Klem, Sultan, Schleip, Caspari, Keen, Rossi (PRADO, 2004c). Nestes cursos, Rolfing era ensinado como uma metodologia que poderia ser executada exclusivamente pela da manipulação do tecido conjuntivo, só pelo movimento ou como um processo em que o aluno poderia escolher as técnicas e fluir entre elas (PRADO, 1995).

[2] *Embodiment*, em inglês, relaciona-se com o conhecimento que a pessoa adquire por meio de sua experiência sensorial e corporal, isto é, conhecer por meio do corpo, conhecer no próprio corpo. Em português, começa a aparecer o verbo “corpar” e o substantivo “corporação” para se referirem a este tipo de experiência e forma de aprendizagem.

Paralelamente, com a mudança de currículo nos EUA e na Europa, as classes tornaram-se homogêneas, separando os ouvintes dos praticantes, e manteve-se a formação discriminada nas duas técnicas. Na Europa, a técnica de Movimento estava em crise, até o início da influência de Hubert Godard, que trazia para o Rolfing a teoria da Função Tônica. Godard, aos poucos, foi convergindo seus conhecimentos para uma reinterpretação da receita, gerando uma fórmula sob a ótica funcional, a ser utilizada como caminho didático.

A proposta curricular, diferente nos diversos continentes, punha em risco a integridade do ponto de vista de Ida Rolf e anunciava regionalismos, além do desejável, para uma ciência ainda jovem.

Como apresentado anteriormente, na reunião de professores avançados do *Rolf Institute*, na Alemanha em 2001, da qual participei, gerou-se uma proposta de currículo integrado, pela qual movimento e estrutura seriam ensinados juntos, utilizando-se novamente a estratégia da receita; o ensino de estrutura e função em conjunto traria a compreensão de serem estes dois aspectos um só fenômeno. Todo Rolfing é Estrutural e todo Rolfing é Funcional. A ênfase então é dada à leitura funcional da receita, antes ensinada com ênfase na estrutura geométrica. A receita, tradicional eixo pedagógico no ensino de Rolfing, flexibilizada com o pensamento não formulístico, é rejuvenescida com a leitura de sua lógica funcional (EUROPEAN ROLFING ASSOCIATION, 2000).

Atualmente, os três principais centros de ensino do Rolfing devotam-se a criar e lapidar esta integração, tanto no ensino como na reciclagem dos profissionais existentes. O Projeto Educacional Brasileiro (Estrutural e Movimento ensinado pelos princípios e não formulisticamente) é também adaptado para acompanhar o currículo Universal e a abordagem não formulística é transferida para o currículo avançado. O Brasil continua a liderar a exploração da Integração das técnicas de Movimento e de Estrutura.

O Currículo Internacional continua estruturando-se e expandindo à medida que surgem novos conhecimentos. No momento, o nível de integração do trabalho estrutural com o de movimento e a flexibilidade no uso e adequação do trabalho não formulístico representam a expansão dos limites. O desafio transcultural é ainda o de honrar o ponto de vista holístico, sendo que todas as dimensões da pessoa são consideradas e Rolfing cumpre seu papel tal como em sua concepção.

As dificuldades na percepção geral das diferentes vertentes desta ciência atestam mais uma vez a transição no modo de pensar presente em nossa época, nem mesmo aqueles que abraçam uma posição multidimensional profissionalmente conseguem ser fiéis a este ponto de vista, muitas vezes, como manifestamos anteriormente, reduzindo a prática a uma ação mecanicista, com uma mentalidade corretiva de eliminação de sintomas, revelando uma atitude neopositivista e, que se confronta com uma posição mais fenomenológica.

AS INSTITUIÇÕES

Acredito que o desenvolvimento do método Rolfing, de seu ensino e das instituições que dão suporte a seu desenvolvimento, estão intimamente conectados.

Relatatamos, abaixo, historicamente, o surgimento das Instituições que deram suporte aos cursos e eventualmente o surgimento dos principais centros de Ensino do Rolfing.

- 1970 agrupamento informal de rolfistas, autodenominado *Guild for Structural Integration*.
- 1971 fundação do *Rolf Institute* for Structural Integration, sediado na Califórnia, uma sociedade sem fins lucrativos com a missão de ensinar, pesquisar, difundir e proteger o trabalho de Rolfing, Integração Estrutural.
- 1973 estabelecimento da sede e da escola do Instituto em Boulder, no Colorado.
- 1976 formação dos primeiros rolfistas europeus.
- 1981 formação do primeiro rolfista brasileiro.
- 1982 primeira classe européia, agrupamento informal de um núcleo organizacional em Munique, congregando todos os rolfistas europeus, como um escritório do RI na Europa.
- 1987 primeiro curso de Rolfing no Brasil.
- 1988 fundação da ABR (Associação Brasileira de Rolfing) em São Paulo, Brasil.
- 1991 fundação da ERA (European Rolfing Association).
- 1989 primeira classe australiana.
- 2001 primeira classe japonesa.
- 2004 fundação da ARA (*Australian Rolfing Association*).
- 2005 formação da JRA (*Japanese Rolfing Association*).

A expansão de Rolfing pelo planeta foi e continua sendo orgânica: rolfistas isolados à formação de núcleos de profissionais conectados nos diferentes países. com referência inicial ao núcleo central em Boulder, Colorado e que eventualmente começam a organizar cursos nos locais onde estão sediados ao mesmo tempo que difundem esse trabalho. Numa etapa seguinte, desenvolvem-se professores e formam-se as escolas. Como o sistema é centralizado, as diferentes influências são amalgamadas e redirecionadas para as diferentes regiões. Até o presente, temos os centros americano, europeu e brasileiro como os mais fortes, significativos e influentes.

DISSIDÊNCIAS

Algumas escolas foram criadas por ex-alunos de Ida P. Rolf, antes mesmo da fundação do Instituto. Destas, as mais significativas são as de Edward Maupin (IPSB *International Professional School of Bodywork*), Jack Painter (PI, *Postural Integration*) e Bill Williams (SOMA *Neuromuscular Integration*). O trabalho de Integração Estrutural tem sua evolução também nestes nichos. A maioria são escolas que reproduzem a receita ou a técnica de Rolf e pouco produziram ou acrescentaram intelectualmente ao desenvolvimento de Rolfing.

A seguir, nas diversas fases do desenvolvimento do RI houve dissidências marcadas ora por divergências nas perspectivas do desenvolvimento do trabalho ora por questões políticas,e, freqüentemente por uma combinação destas razões.

- 1973 Joseph Heller é o primeiro presidente do *Rolf Institute*; divergiu da Orientação do Corpo Diretor do Rolf Institute e fundou o Hellerwork *School of Structural, Functional and Psycho-Physical Integration*.
- 1979 Judith Aston discorda da visão ortogonal de corpo de Ida Rolf aplicada ao movimento e formou o Aston Reppaterning.
- 1986 Jannie French e Annie Dugan, sentindo-se sem espaço na Instituição para o desenvolvimento de seu sistema de movimento, formaram o FDA – French-Duggan Association.
- 1987 Emmett Hutchins divergiu da Orientação que a Faculdade tomava quanto à revisão da Receita e, acrescido por problemas políticos, deixou o Rolf Institute junto com Richard Stenstawald, diretor executivo; formaram então a Guild for Structural Integration (buscaram o nome da agremiação informal original).

Um ano depois, o professor Peter Melchior e sua esposa Susan, secretária administrativa do RI, juntaram-se a eles na Guild. A seguir, Stacey Mills e Neil Powers, professores da Faculdade, também aderiram à Guild. No Brasil, Nilce Bradway, Nelson Coutinho e Teresa Ohashi mantiveram-se alinhados à Guild e deixaram a ABR e o RI. Posteriormente, Coutinho deixou a Guild e formou a Sociedade Brasileira de Integração Estrutural.

No fim da década de 90 e começo do século 21 – formaram-se várias escolas de Integração Estrutural, fundadas por membros do RI que criaram suas próprias escolas particulares (Thomas Myers, John Latz, Ritchie Mints entre outros), mantendo segregadas, sem contato do ponto de vista institucional.

Numa retrospectiva histórica, notamos que o fato de Ida Rolf ter denominado seu trabalho Integração Estrutural e que, eventualmente, foi assumido como Rolfing e esta marca ter sido por ela registrada e passada para o RI, sendo, portanto, de uso exclusivo dele e não dos profissionais por ele formado, gerou muitos problemas e confusão na expansão do Rolfing. Ida Rolf previa a proliferação de escolas, mas o que não previa era que esta Proliferação acontecesse fora dos cuidados e controle do *Rolf Institute*. Assim, o trabalho dos dissidentes não poderia legalmente ser chamado de Rolfing, e a denominação Integração Estrutural pouco significava a olhos públicos. Os profissionais e as escolas recém-formadas se achavam no direito de usar a marca. Inúmeras batalhas judiciais aconteceram na década de 1990.

Em 1996, o RI, por ocasião do 100^{o} aniversario de Ida Rolf, o RI promoveu um primeiro encontro, em Berkley, entre os principais ramos representativos da continuidade do trabalho de Rolf. Heller, Maupin, Aston, estiveram presentes, iniciou-se um contato no nível conceitual de troca de visões sobre o trabalho

Em 2001, formou-se a IASI (*International Association of Structural Integration*), numa primeira tentativa de reunir todos os profissionais que eram “herdeiros” de Ida Rolf e trabalham com Integração Estrutural. A partir de 2004 e em 2005 e 2006 IASI publica anualmente um compendio com contribuições de seus membros, originários das diferentes escolas de Integração Estrutural. Em 2005, Marylyn Beech mentora e fundadora da IASI editou no anuário uma sessão onde as principais escolas de Integração Estrutural se apresentaram.

Nestes artigos existe a referencia à origem comum destas escolas, bem como uma tentativa de apresentação de sua diferenciação. Mintz, (2005) da *Guild for Therapeutic Bodywork* explora a relação entre movimentos arcaicos e sua relação com Integração Estrutural e alinhamento; Edward Maupin, da IPSB, sobre a Relação Dinâmica com a Gravidade (MAUPIN, 2005); Walker (2005), pelo *Rolf Institute*, postula uma atualização sobre os avanços na visão e sistema educacional do RI; BOLESKY et al., 2005, sobre a perspectiva neuromuscular desenvolvida pelo SOMA; MELCHIOR, (2005) pela *Guild for Structural Integration*, atesta a missão da escola em relação a Receita legada por Latz (2005) do *Institute for Structural Integration*, da Florida sobre a iniciação espiritual de um praticante de Integração Estrutural; Myers (2005), pela *Kinesis*, discorre sobre sua visão e evolução em relação a receita de Rolf baseada em seus estudos sobre fáscia. MYERS (2005) e BELL (2005) pelo *Hellerwork*, apresenta sua visão sobre o "corpo espiralado", uma concepção geométrica, e integrada de corpo, psique e movimento.

Até o presente a produção dos membros de outras escolas é pequena e pouco significativa reduzindo-se a jornais informativos com alguns artigos publicados ou a organização de notas de classe dos professores e chefes das escolas. Portanto, a confusão entre o uso da palavra Rolfing e as outras denominações que Integração Estrutural assumiu (Método Rolf, pela Guild, *Hellerwork*, pela escola de Joseph Heller; Kinesis, de Thomas Myers; Aston Patterning de Judith Aston, etc) continua, mas tende a diminuir à medida que Integração Estrutural, termo genérico que congrega a intenção de trabalho de todas estas escolas, ficar mais popular, e, então, Rolfing se referirá à produção dos profissionais formados e associados ao RI. Mas, enquanto for ainda o núcleo mais forte e representativo, esta confusão persistirá.

Podemos ver que o desenvolvimento do Rolfing entrelaça-se com a formação institucional, que dá suporte à evolução do trabalho e ao próprio desenvolvimento do ensino nas diferentes localidades em que Rolfing ou Integração Estrutural se manifesta.

1.7. REVISÃO HISTÓRICA DO PROCEDIMENTO DE PESQUISA EM ROLFING

PRIMEIROS ESTUDOS CIENTÍFICOS

Depois de evidências empíricas incontáveis, no fim da década de 60, em 1969, ainda antes da criação do Instituto, Julian Silverman, então diretor do *Esalen Institute*, decidiu incentivar a pesquisa em Rolfing. Silverman liderou o desenvolvimento de um projeto intitulado *Stress, Intensity Control and the Structural Integration Technique*. O estudo relatava os efeitos da técnica de Integração Estrutural em medidas de função psicológica e física (várias medidas de EEC em respostas evocadas por estimulação ambiental, em procedimento de movimento ocular, com uma bateria de testes bioquímicos). A investigação foi conduzida por um grupo de psicofisiólogos e bioquímicos, em 15 sujeitos, com grupo controle. As conclusões e inferências a partir dos dados coletados eram baseadas em modelo biofísico de como os indivíduos modulavam a estimulação ambiental. As mudanças, depois da Integração Estrutural, eram indicativos de uma maior abertura e de uma sensibilidade mais bem modulada à estimulação ambiental. Os resultados apontaram para a continuação de estudos dos efeitos Integração Estrutural nos efeitos do Estresse (SILVERMAN et al., 1973).

Hunt e Massey (1977), no laboratório de Movimento e Comportamento da Universidade da Califórnia de Los Angeles, estudavam os movimentos de clientes através da avaliação dos efeitos eletromiográficos causados pela Integração Estrutural antes e depois de submetidos ao processo, chegando à conclusão que os movimentos tornavam-se mais suaves e menos constritos, pois apresentavam menos movimentos estranhos, sendo que os movimentos espaciais eram mais dinâmicos e assim sendo, a postura melhorava, com locomoção mais ereta e tensões menos evidentes para se manterem no espaço.

Hunt et al. (1977) lideraram uma equipe interdisciplinar e conduziram importante pesquisa, que foi a primeira apoiada pelo *Rolf Institute*, “Um estudo de Integração Estrutural pelas das perspectivas neuromusculares, dos campos energético e emocional”; nela, media-se o potencial muscular de vários pontos do corpo, deixando eletrodos instalados durante as sessões e, ao mesmo tempo, colhiam-se as observações de um rolfista e de leitores de campo energético (fotos Kirian e leitor de auras) para o estudo em 48 sujeitos randomicamente divididos em grupos experimentais e de controle. Este projeto demonstrava que as

modificações produzidas com o Rolfing poderiam ser monitoradas em diversas dimensões (físicas e energéticas), uma das quais era o corpo energético, e que estas dimensões eram consistentes entre si (HUNT et al., 1977).

Em 1979, Hunt e Weinberg, apoiadas em seus estudos anteriores descobriram que padrões neuromusculares estavam associados aos estados de ansiedade (WEINBERG; HUNT, 1976) e também apoiadas nos resultados da pesquisa multidisciplinar, publicaram os resultados de parte desta pesquisa sobre os efeitos da Integração Estrutural em traços de ansiedade (HUNT e WEINBERG, 1979). Aplicaram um questionário de Spielberger, Goroush e Lushene, de 1970 *apud* HUNT e WEINBERG, (1979, p. 18) que media traços de ansiedade antes e depois de submetidos à IE nos 48 sujeitos da amostra e depois mais uma vez, 5 semanas, depois, do fim do processo. Os resultados mostraram que os sujeitos que passaram por Rolfing tiveram uma diminuição no estado de ansiedade quando comparados ao grupo-controle. Os resultados foram discutidos em termos do soltar a tensão emocional alojada e mantida no tecido miofascial liberadas pela IE (HUNT e WEINBERG, 1979).

Tais pesquisas iniciais buscavam estudar os efeitos da Integração Estrutural, interrelacionando-os às diferentes dimensões: comportamentais, físicas, psicológicas, energéticas, estruturais e funcionais, dirigindo a formulação de um paradigma para se estudar Rolfing.

Nesta fase, os projetos contaram com o apoio financeiro e com o trabalho de pesquisa cedidos gratuitamente pelos profissionais pesquisadores que dedicavam seu tempo e idealismo, com a preocupação de usar seus contatos profissionais para a realização dos estudos. O custo de pesquisas mais amplas era proibitivo, e a necessidade imediata desta comunidade recém-nascida era de divulgação e de ensino, além da ampliação do quadro de profissionais. Os objetivos ligados à pesquisa foram então deixados de lado, ou melhor, postergados.

Fundado o *Rolf Institute*, este tinha também a missão de fomentar a pesquisa em Integração Estrutural. Desde sua fundação, sempre houve no organograma da Instituição, ou seja, um Departamento de Pesquisa, com Comitês designados pelo Corpo Diretivo.

Paralelamente, em 1980, fundou-se também o ARI, *Aspen Research Institute* por rolfistas beneméritos, com objetivo de pesquisar em Ciências Naturais. Três projetos iniciaram-se: os efeitos de radiação eletromagnética baixa em humanos, os mecanismos de comunicação em

golfinhos e a eficiência de Rolfing. Neste projeto, Silverman et al. (1973) foi contratado pelo ARI e pelo RI e desenvolveu um protocolo que se apoiava nos princípios da integração holística da estrutura e função, a essência do Rolfing. Paralelamente, outros Rolfistas ligados ao ARI dedicaram-se a desenvolver projetos para medir objetivamente as mudanças no desempenho, organizando um Laboratório de Performance, e desenvolvendo uma grande lista de itens a serem medidos, o que encareceu a pesquisa.

O alto custo deste projeto levou o ARI a encaminhar para o *Rolf Institute* o protocolo de Silverman et al. (1973) com a indicação de Oschman e Porges para que dessem andamento à pesquisa.

A primeira parte do projeto buscava medidas quantitativas para o efeito do Rolfing. Oschman desenvolveu, na fase sobre estudos Músculo-Esqueléticos, um projeto intitulado “Estudo contourográfico de Moire sobre os efeitos de Rolfing e de Integração pelo Rolfing-Movimento na Geometria da Coluna” que foi apresentado em 1982, mas não conduzido devido a seus altos custos. Utilizar-se-ia de uma medida do estado da organização dos tecidos associados à coluna. (método de Moire). (OSHMAN 1980)

Com a falta de recursos do *Rolf Institute*, o projeto como um todo foi então suprimido.

Um importante artigo de Oschamn (1981) “Tecido Conjuntivo e Sistemas Miofasciais” foi o grande legado de sua colaboração com o ARI.

Todos estes trabalhos esbarravam no paradigma neopositivista, buscando relações “causa-efeito”, e tentavam medir e demonstrar algo cujas variáveis intervenientes eram de difícil controle e, portanto, as pesquisas resultariam mais caras do que o possível, não atendendo à necessidade de se expandir no conhecimento dos efeitos do Rolfing.

No início, os Comitês trabalharam para gerar o interesse em pesquisa e criar ligações com pesquisadores e Instituições de pesquisa confiáveis. Houve estímulo e avaliação de programas e esta forma de atuação, apesar de ter de fato estimulado pesquisas, tinha suas limitações.

Em primeiro lugar, por depender das propostas individuais, esta abordagem resultou em pesquisas divergentes mais que num plano sistemático. Como exemplo, Cottingham; Porges; Lyon, (1988) conseguem conduzir seu projeto: “Efeitos da mobilização do tecido conjuntivo

frouxo no tônus parassimpático em dois grupos de idade". Seus resultados contribuíram para as técnicas de manipulação pélvica e puderam ajudar a explicar por que estas técnicas têm tido sucesso clínico em tratamento de síndromes com dor miofascial e outras disfunções mioesqueléticas caracterizadas por tônus parassimpático reduzido e excesso de atividade simpática (COTTINGHAM; PORGES; LYON, 1988).

A seguir, Cottingham; Porges; Richmond, (1988) estudaram "Mudanças no ângulo da inclinação pélvica e tônus parassimpático por meio da manipulação de tecido conjuntivo frouxo do Rolfing". Aqui, os resultados proveram suporte teórico para os resultados do uso de manipulação de tecido conjuntivo frouxo da pelve nos casos de certos tipos de disfunção lombar e de desordens músculo-esqueléticas associadas ao estresse autonômico.

Ambos os estudos lidaram com a necessidade de se apresentar medidas confiáveis dentro do estudo de uma abordagem que, por sua natureza, é ampla, sendo que o estudo de partes pode prejudicar a compreensão do todo. Puderam fazer correlações entre dimensões músculo-esqueléticas, neurológicas e psicológicas.

Estes trabalhos foram apresentados no Centro Médico de Pesquisa de Reabilitação do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento de Bethesda, Maryland, EUA. Tais pesquisas, apesar de publicadas em meios credenciados, não geraram fundos para novos projetos e seus resultados acabaram por não serem incorporadas ao treinamento, no entanto demonstraram as possibilidades da proposta e atestam uma nova fase na pesquisa em Rolfing.

Após estes estudos iniciais, só recentemente houve um retorno à pesquisa experimental com os trabalhos já mencionados de Schleip, et al. (2004, 2005, 2006).

O DESENVOLVIMENTO DE QUESTIONÁRIOS

A história de pesquisa em Rolfing havia sido focada em estudos de demonstração, guiados pelos interesses de investigadores individualmente, mais do que num programa integrado para servir as necessidades do Instituto.

Rolfing estava progredindo porque indivíduos que passaram pelo processo reconheciam seus benefícios e não porque havia um banco de dados para demonstrar sua eficiência.

Em 1991a, Porges, na época diretor do Comitê de Pesquisa do RI, considerando os limitados recursos disponíveis, desenvolveu um projeto que refletia as necessidades da comunidade de Rolfing, naquele estágio de desenvolvimento da ciência, cujo enfoque era a busca dos benefícios e das contra-indicações para possíveis efeitos colaterais do Rolfing. Desenhou um projeto que seria usado como uma ferramenta para melhorar ambos: a aplicação e o ensino de Rolfing.

O PROJETO DE PORGES (1991a)

Objetivos

A função de seu projeto de pesquisa como um todo seria:

- prover a comunidade de Rolfing de informações com relação às características dos indivíduos que escolhiam Rolfing, incluindo dados demográficos, um perfil;
- prover informações sobre o resultado percebido, incluindo contra- indicações;
- estudos específicos que pudessem explorar mecanismos fisiológicos e físicos dos procedimentos em Rolfing;
- avaliar a eficiência dos procedimentos de Rolfing em populações específicas.

A pesquisa poderia fornecer informações a ambos, o rolfista e o cliente, sobre os resultados possíveis de serem esperados. Estes esforços dirigiriam-se para a criação de um Banco de Dados, visto que a demonstração da eficiência percebida pelo cliente geraria maior interesse pela pesquisa na comunidade e apoio coletivo aos programas de pesquisa, produziriam uma documentação concreta de suas experiências.

Procedimento

Para obtenção dos dados, seriam construídos dois questionários: um, a ser aplicado no pré e pós com um *follow up* seis semanas depois da última sessão e, outro, para rolfistas sobre suas experiências com seus clientes.

Porges (1991a) organizou um questionário para levantar:

- Quem está sendo “rolfado”?;
- Por que um cliente escolhe ser rolfado?;
- Que expectativas o cliente tem ao ser rolfado? ;
- Quais os resultados percebidos (benefícios e contra-indicações)?.

Porges (1991b) relatou as informações recebidas dos Rolfistas sobre seus clientes e, numa segunda fase do programa de pesquisa, organizou um questionário que avaliava as percepções dos clientes ao serem rolfados.

Foram recebidas 40 respostas. Na segunda, os questionários seriam enviados aos clientes. Num estudo piloto, seriam 100 clientes de 20 rolfistas.

Resultados

Os resultados da primeira fase foram os seguintes:

		%
Idade entre	0 e 20	5
	20 e 40	60
	40 e 60	25
	60 ou mais	10
Gênero	Feminino	60
	Masculino	40
Ocupação	Profissionais	70
	Trabalho especializado	20
	Trabalho não especializado	10
Percepção do Cliente quanto à habilidade para mudança	Alta expectativa	40
	Expectativa moderada	20
	Pouca expectativa	20
Fonte de Pagamento	Pessoal	85
	Outros	10
	Grátis	5
Condição Física	Muito Boa	25
	Boa	50
	Não Boa	25
Uso de Substâncias	Nenhuma	65
	Álcool	15
	Drogas	10
	Cigarro	20
Razões para serem rolfados	Problemas Físicos	25
	Aumentar Desempenho	25
	Terapia Psicológica	15
	Crenças Metafísicas	15
	Aprender sobre o Corpo	5
	Estéticas	10
	Mais que uma razão	20
Expectativas dos Rolfista	Benéfico	70
	Não sabem	30
Resultados ** Todos os rolfistas acreditavam que Rolfing seria mais benéfico para alguns clientes do que para outros. Segundo eles:*	Beneficiaram-se	100
	Grandes mudanças	45
	Mudanças moderadas	40
	Pequenas mudanças	10
	Não mudaram	5
Porcentagem de Clientes que não concluíram o processo:		<10
Atitude dos rolfistas quanto à pesquisa:	Entusiasta - numa escala de 0 a 10, média > 8 Indiferentes ou negativos - 0 Mais de 50% responderam com 9 ou 10.	

Quadro 1 Síntese dos dados referentes à Pesquisa de Porges, 1991.

Na segunda fase, que não chegou a ser efetuada, seria realizado um questionário de Percepção Corporal para avaliar a influência de Rolfing nas percepções (*feelings*) corporais e a reação geral ao estresse.

Diferentes comitês seguiram-se sem nenhum resultado concreto.

A proposta de Porges (1991a e b) mostra a necessidade de se ter um Banco de Dados dirigido para o levantamento de quem faz Rolfing, seus objetivos e os resultados percebidos. Pretendia levantar os benefícios e as contra-indicações ao trabalho; utilizaria a própria comunidade para recolher seus dados que, uma vez analisados, iriam retroalimentá-la e permitiriam, numa segunda etapa, investigações específicas.

Comentários

O grande valor deste trabalho foi, antes de mais nada, apontar para a necessidade do levantamento de dados, apoiando-se na realidade cotidiana, e com participação e entrosamento coletivos. Tal procedimento engajaria a comunidade de rolfistas, propondo uma direção de investigação que dependia, sobretudo, do trabalho e da disciplina destes, mais do que de orçamentos milionários frustrantes para a realização de investigação sobre Rolfing.

Os dados colhidos de uma amostra pequena começaram a ilustrar, na leitura dos rolfistas, a diversidade de perspectivas que levaram uma pessoa a escolher o Rolfing (física, emocional, etc.), o que os rolfistas acreditaram que seus clientes se beneficiaram (100%) e perceberam mudanças de moderadas a grandes em 85% dos clientes .

Das duas etapas projetadas, Porges (1991a e b) realizou somente uma parte da primeira e, mais uma vez, infelizmente, o programa como um todo foi abandonado.

Em 1998, no Brasil, como dissemos, criou-se o NAPER que, numa parceria com a Escola Brasileira de Rolfing, por meio do atendimento, do ensino e do estudo, começou também a exercer a função de pesquisa.

O PROJETO DO NAPER

História do NAPER – Núcleo de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Rolfing, Objetivos e Procedimento da pesquisa.

O NAPER foi criado por uma iniciativa de um grupo de profissionais de São Paulo-Brasil, em 1998. Numa revisão sobre o trabalho e acerca da atuação profissional da comunidade de rolfistas, discutia-se a função social do Rolfing, a visão para a prática do método no futuro e a expansão do trabalho, além dos consultórios particulares.

Para promover atendimento em Rolfing com menor custo, expandindo o alcance do trabalho aos que têm menos recursos, foi proposta a criação de um serviço ambulatorial, nos moldes de serviços presentes em universidades ou centros comunitários. Assim, vários dos objetivos do grupo seriam satisfeitos: atendimento social, promoção do Rolfing e uma atividade social em nível institucional, além da possibilidade de promover contato entre colegas e a criação de um espaço para discussão, supervisão e troca de perspectivas sobre o trabalho.

Já, em sua concepção, o projeto incluía uma dimensão de atendimento, de ensino e revelava um potencial para o exercício de pesquisa, mediante da reflexão sobre o trabalho. Tornou-se um serviço com possibilidades de mediar a Instituição (ABR), a Escola e a pesquisa.

Sendo um braço da Associação, os clientes reportavam-se à Instituição; o registro, os arquivos de dados e a organização da secretaria eram feitos pela Associação. Havia, portanto, a necessidade de organização de prontuários e os dados aí contidos poderiam ser de valor para a Associação, possibilitando a organização de estratégias futuras. Seu funcionamento era autogerido.

Como seus membros estudavam conjuntamente os casos, e o trabalho desenvolvia-se numa situação comunitária, inspirado nos atendimentos que eram feitos em sala de aula, havia muita troca de informação e amadurecimento de seus participantes. Logo, percebemos que esta situação tinha em si mesma um potencial de ensino e que poderia, como de fato pôde, ser usada pela escola como estágio para alunos e como arena de educação continuada.

Atuei, desde o início, como supervisor clínico e mentor do grupo em seu estabelecimento e no desenvolvimento do potencial educacional nele compreendidos, incluindo a elaboração das formas de registro do trabalho.

Em encontros semanais, fazíamos as discussões de casos e supervisão clínica e, anualmente, revíamos os questionários dos protocolos, buscando esclarecer os sistemas de investigação e de registro, num processo coletivo: os profissionais atendendo e utilizando-os, e a escola, por meu intermédio, fornecendo conhecimento técnico, definições conceituais, fomentando a discussão da experiência e acrescentando tudo isto para os questionários, em sua revisão anual.

Prado; Mattoli (2000) apresentaram o serviço do NAPER no Congresso Internacional do *Rolf Institute*. No ano seguinte, Mattoli (2001) publicou *Reflections on the São Paulo Ambulatory Project*, expondo o projeto, sua criação e seu desenvolvimento e Prado (2001), publicou *The São Paulo Ambulatory Project Educational and Institutional Perspectives* relatando as primeiras realizações e o potencial do projeto na perspectiva educacional e Institucional.

Em 2003, Mattoli e Bocalleto, membros do NAPER, elaboraram "Perfis do Núcleo de Atendimento, Educação e Pesquisa em Rolfing". Este trabalho sintetizava a experiência do grupo sobre a revisão dos documentos do Protocolo de Atendimento do NAPER e sistematizava as informações sobre clientes até então atendidos no Projeto, resumindo e apresentando uma primeira reflexão dos quatro primeiros anos do projeto de acordo com:

- dados de identificação dos sujeitos atendidos;
- depoimentos subjetivos de clientes que relatam o impacto do trabalho de Rolfing e sua experiência com o atendimento no Projeto;
- uma avaliação do Projeto feita pelos profissionais que participaram do núcleo.

Resultados

Os dados apresentados foram os seguintes:

Dados Quantitativos

São dados de identificação dos sujeitos: os dados foram examinados 373 prontuários, a partir de uma seleção de informações passíveis de tabulação, obtidas em questionários denominados Entrevista Inicial ou Anamnese, em Relatos das Sessões, em Relatório de Cliente e Relatório do Rolfista e por meio de acréscimo de algumas questões sobre a reflexão e prática do grupo. Era um total de 19 questões de caráter quantitativo.

ENTREVISTA INICIAL		%	
Perfis dos Clientes			
Sexo	Masculino	32	
	Feminino	68	
Estado Civil	Solteiro	48	
	Casado	30	
	Separado	13	
	Viúvo	3	
Ocupação	Dona de Casa	9	
	Estudante	18	
	Profissional Liberal	43	
	Assalariado	20	
Idade	Até 20	11	
	20-40	50	
	41-60	32	
	mais 60	7	
		Rolfista	Cliente
Objetivos	Estrutural/funcional	62	79
	Cultural/ambiental	3	3
	Genética	1	0
	Emocional/psicológico	16	19
	Existencial/espiritual	1	13
	Energético	2	3
	Outros	2	1
		Rolfista	Cliente
Queixa sobre Dor	Sem Dor	34	37
	Com Dor	66	63
RELATÓRIO DO ROLFISTA			**N**
Número de Sessões por processo:		Até 9	18
		10	31
		11	14
		12	16
		13	12
		14	6
		15	1
		16 ou mais	3
Técnicas Utilizadas		só movimento	1
		só estrutural	68
		combinadas	30
Quantidade de Sessões com Técnica de Movimento		1	17
		2	11
		3 ou mais	3
Retornos:		Um	8
		Mais de um	4
RELATÓRIO DO CLIENTE			**%**
Atingiu Objetivos:		Sim	88
		Não	1
		Mais ou menos	10
Como foi ser Atendido no NAPER:		Bom	97
		Mais ou menos	3
		Ruim	0

Quadro 2 Síntese dos perfis dos clientes do NAPER, 2003.

Dados Qualitativos

Depoimento de Clientes

Os pesquisadores escolheram, entre os depoimentos selecionados pelos rolfistas:

-10 depoimentos dos clientes sobre seus processos (extraídos do Relatório de Cliente), cujos relatos mostravam satisfação, experiência de maior equilíbrio e suporte físico, maior percepção do corpo - suas partes e movimento, expansão da percepção de espaço pessoal, de eixo, de melhora no estado de ânimo. Os clientes relatavam alívio de sintomas físicos e demonstravam também experiências existenciais profundas.

-10 depoimentos dos clientes sobre o atendimento no NAPER, com relatos que mostravam satisfação com o serviço, sentindo suporte com a experiência de trabalho coletiva.

Depoimento dos Rolfistas

Quanto ao:

- Atendimento: Positiva;
- Educacional/Supervisão: Positiva;
- Comunidade: Positiva.

Este primeiro trabalho, manual, levou à idéia de criação de um Banco de Dados num projeto da ABR, coordenado pela Coordenação de Pesquisa do NAPER com apoio da Escola brasileira de Rolfing.

Refletindo sobre o valor deste projeto até então, Prado em 2003b apresentou para a Faculdade Brasileira de Rolfing os resultados da "Atividade Educacional do NAPER – realizações e potenciais", e apontou para os seguintes fatos:

Realizações:

- supervisões;
- educação Continuada;
- uniformização da Educação;
- estabelecimento de Linguagem;
- realização de grupo de estudos;
- avaliação do ensino;
- oportunidade para se completar ou corrigir a educação dos alunos.

Potencial do Projeto:

- tornar-se parte do treinamento Básico (entre U2 e U3);
- formalizar a Educação Continuada;
- criar o Rolfing em Grupo (sincronicidade, dinâmica de grupo, potencialização dos resultados, força energética do grupo como fator de cura);
- encorajar a pesquisa;
- formar e nutrir a atitude de doação;
- fomentar o trabalho comunitário;.
- gerar recursos para alunos em formação e para projetos assistenciais.

Em 2005 e 2006 Bocaletto faz uma atualização e expansão da apresentação destes dados, da qual apresento uma síntese e seleção dos resultados:

RELATÓRIO INICIAL		%
Perfis dos clientes		
Sexo	Masculino	29
	Feminino	71
Estado Civil	Solteiro	50
	Casado	35
	Separado	12
	Viúvo	3
Ocupação	Dona de Casa	5
	Estudante	11
	Profissional Liberal	40
	Assalariado	37
	Aposentado	4
	Desempregado	2
Idade	Até 20	7
	20-40	52
	41-60	34
	mais 60	6
Objetivos	Estrutural	96
	Funcional	37
	Cultural/ambiental	1
	Emocional/psicológico	18
	Existencial/espiritual	3
	Energético	3
	Outros	11
Queixa relativa à Dor:	Sem Dor	25
	Com Dor	75
RELATÓRIO DO ROLFISTA		**N**
Número de Sessões por processo	Até 9	21
	10	38
	11	14
	12	13
	13	6
	14	2
	15	2
	16 ou mais	3
Técnicas Utilizadas	só movimento	1
	só estrutural	68
	combinadas	30
Retornos:	Um -	7
	Mais de um	1
	Nunca	92
RELATÓRIO DO CLIENTE		**%**
Atingiu Objetivos – perspectiva do cliente	Sim	91
	Não	0
	Mais ou menos	9
NÃO FOI FEITA ANÁLISE QUALITATIVA NESTE ESTUDO		

Quadro 3 Síntese dos perfis dos clientes do NPER, 2005.

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS TRABALHOS DE PORGES (1991b) E DO NAPER

A proposta do NAPER tinha alguns pontos em comum com a proposta de Porges (1991a e b); é possível até fazer alguns paralelos entre ambas. São eles:

- enxergavam a necessidade da criação de um banco de dados para se desenvolver futuras investigações específicas;
- apontavam para a participação da comunidade de rolfistas para o desenvolvimento de pesquisas coletivamente. De forma similar, os dados apresentados nos Perfis coincidiam com os de Porges (1991b);
- diagnosticavam que a população interessada em Rolfing nos dois estudos tinha a mesma distribuição etária e de gênero;
- mostravam uma diversidade de motivos que atraíam as pessoas ao trabalho, assim como a satisfação delas com os resultados;
- vinham suas queixas e objetivos de dimensões diferentes – físicas, funcionais, emocionais, culturais e espirituais;
- atestavam que os resultados percebidos pelos rolfistas ou clientes que tais objetivos foram atingidos;
- serem ambos os estudos eram basicamente quantitativos, trabalhando-se com porcentagem, sem um tratamento estatístico das amostras.

O trabalho do NAPER avançou em relação ao anterior quanto ao número de perguntas tabuladas. Diferiam quanto à metodologia de trabalho. Enquanto no estudo de Porges (1991a) o questionário era fornecido pelo pesquisador, no NAPER, o processo de elaboração dos questionários era o próprio desenvolvimento deles e realizava-se ao mesmo tempo em que o conhecimento voltava para a comunidade geradora, mediante as reflexões sistemáticas anuais.

No estudo de Porges (1991b), não cabia análise qualitativa, uma vez que todas as perguntas eram fechadas. No estudo do NAPER de 2003, apesar de trazer um esboço, um germe de uma dimensão qualitativa na análise das respostas, a amostra selecionada era pequena (10 casos) e as respostas apenas apontavam uma direção a ser pesquisada, sendo pouco conclusivas, e, na apresentação de 2005, ela não foi feita.

O interesse em verificar o valor do projeto nas diferentes perspectivas foi satisfeito à medida que, qualitativamente, em ambos os projetos, clientes e rolfistas mostraram-se satisfeitos com a experiência e com Rolfing, como abordagem, que produzia satisfação àqueles que o recebiam e trabalhavam com ele.

O projeto do NAPER gerou de fato um Banco de Dados que pôde se concretizar durante a elaboração desta tese.

O Banco continua a ser alimentado, e, a partir dele, também para a execução desta tese, construiu-se o Banco de Dados da Escola, que tem dados das escolas brasileira e americana. A coordenadoria de pesquisa, com apoio financeiro da ABR e do CAPES, pela bolsa de estudos por mim recebida durante este programa de pós-graduação e com a colaboração da escola brasileira de rolfing, pôde rever e expandir a primeira tabulação, incluindo os casos atendidos posteriormente e organizando de forma computadorizada os resultados.

O levantamento qualitativo singelo, feito no NAPER, ía na direção dos relatos empíricos e não sistematizados que a clínica de 30 anos em Rolfing mostravam. Estes dados apontavam para dimensões físicas, psicológicas, existenciais e espirituais.

O objetivo desta pesquisa é portanto continuar a reflexão sobre o alcance do Rolfing e, sobretudo, verificar a presença de dados que indiquem caminhos a serem pesquisados para o desenvolvimento de Rolfing como metodologia em Psicossomática pela utilização dos questionários desenvolvidos no NAPER. Acreditamos que a forma de desenvolvimento de instrumentos para obtenção de dados depende do trabalho coletivo, da sistematização dos resultados colhidos e da reflexão sobre eles. Levantam-se a partir disto os elementos que darão suporte às novas pesquisas e ao amadurecimento dos próprios questionários, que servirão aos protocolos e ao desenvolvimento de pesquisas futuras.

Este desenvolvimento implica na adesão do profissional ao processo de criação e reflexão sobre os instrumentos que, quando acontece, traz, ao mesmo tempo, a consciência do valor do trabalho e de seu alcance; também levanta análise crítica sobre este trabalho. Tal adesão requer a formação do profissional. A experiência do NAPER foi inspiradora para a pedagogia da Escola, primeiramente em nível nacional e, agora, em nível internacional. Os questionários tornam-se simultaneamente um instrumento pedagógico e engajam os alunos neste processo reflexivo e criativo.

CAPÍTULO II - MÉTODO

CAPITULO II

2. MÉTODO

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. OBJETIVOS GERAIS

- Levar avante o inquérito de Ida P. Rolf e seus seguidores, expandindo o pensamento sobre Rolfing, explorando sua dimensão psicobiológica.

- Contribuir para desenvolver cientificamente o método Rolfing, criando parâmetros e linguagens comuns nos registros do trabalho.

- Incentivar o desenvolvimento de um sistema de pensamento entre os estudantes e os profissionais de Rolfing que possibilite verificar e discutir Rolfing numa perspectiva psicobiológica.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver e avaliar questionários que permitam observar as transformações psicobiológicas promovidas pela aplicação do método Rolfing de Integração Estrutural.

2.1.3. JUSTIFICATIVA

A prática de Rolfing desde sua criação traz inúmeras evidências de seu valor como abordagem psicobiológica, e indica sua utilidade no domínio da perspectiva psicossomática para se lidar com o ser humano. As postulações teóricas de Rolf são congruentes com estes resultados e percepções. Isto é revelado tanto por parte dos clientes como dos profissionais rolfistas.

A ciência do Rolfing, que visa a investigar sistematicamente as condições em que acontece e analisar os resultados deste trabalho ainda engatinha. Relatamos algumas pesquisas

importantes que aconteceram, porém, para se levar avante o inquérito de Ida Rolf, que trouxe um ponto de vista novo, numa perspectiva holística e que pode ter valor no domínio da perspectiva psicossomática, necessita-se de uma prática coletiva para a investigação dos efeitos e das características do método.

Não existe no currículo ou na prática clínica de Rolfing uma sistematização nos procedimentos de registro do trabalho, o que dificulta esta avaliação e este desenvolvimento de Rolfing como recurso terapêutico.

Até o momento, o registro e a atividade de investigar os resultados do trabalho foram feitos de forma subjetiva, individual, ora em registros particulares dos profissionais, ora em sala de aula, onde cada professor desenvolvia seus próprios formulários que tinham, antes de mais nada, uma intenção pedagógica.

A reflexão proposta depende da formação de uma atitude científica e observação consciente e coletivamente integradas à prática desta metodologia. A atitude e os métodos de investigação dependem de registros uniformes, sistemáticos e coletivos.

Acreditamos também que é necessário que aqueles que pratiquem esta investigação se apropriem dos métodos a serem por eles mesmos utilizados. Neste sentido, promover a criação e o desenvolvimento dos instrumentos por quem os utilizará na prática cotidiana de atendimento e de pesquisa, contemplaria objetivos educacionais e de pesquisa simultaneamente, no presente e para o futuro. Assim, a própria criação desta metodologia faz parte deste processo de investigação.

O engajamento de professores, alunos e profissionais neste processo representaria uma prática que simultaneamente despertaria a prática reflexiva, geraria a metodologia de observação, educaria os futuros profissionais, criando condições de observação do fenômeno, a curto e longo prazo.

Simultaneamente a este processo, traz-se à luz o objeto de investigação. Neste sentido, se Rolfing se propõe como uma abordagem holística, é no realçar desta perspectiva, mediante da investigação sistemática, que poderemos assumir suas características específicas no campo observado.

De tais constatações, nasceu a necessidade da criação de questionários que possam servir para a investigação da natureza psicobiológica do Rolfing, avançando no inquérito sobre Rolfing.

2.2. PROCEDIMENTO

2.2.1. INTRODUÇÃO AO PROCEDIMENTO

Para o desenvolvimento dos objetivos desta pesquisa, atuei simultaneamente no nível da educação e do atendimento em Rolfing.

Com este intuito, participei de um programa em que a elaboração, a aplicação e a avaliação de questionários ocorriam concomitantemente. A partir do momento em que se criavam tais instrumentos, formavam-se os alunos, os profissionais e os professores envolvidos na pesquisa; e, com uma reflexão e um ajuste da qualidade dos instrumentos, elaborava-se a percepção do alcance do trabalho em si mesmo, numa *Pesquisa-ação para desenvolvimento e avaliação dos questionários.*

A pesquisação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2005. p. 16).

NAPER

Os questionários foco de nossa pesquisa foram desenvolvidos no NAPER, numa equipe constituída pelos profissionais rolfistas que faziam atendimento no serviço e, por mim, como membro-professor e representante da Escola de Rolfing da ABR junto ao NAPER.

Os membros do NAPER, presentes no processo, variaram conforme o ano, uma vez que alguns dos profissionais deixaram o serviço e novos entraram. A supervisão clínica e a reflexão anual mantiveram-se constantes De 1998, data de sua criação, até o presente, 2006, por lá passaram um total de 35 rolfistas. formando o grupo que, acrescidos de minha presença de forma contínua pela participação no processo como professor e representante da Escola de

Rolfing, desenvolveu, aplicou e refletiu anualmente sobre os questionários, propondo sua elaboração e transformação. Atualmente, são 12 profissionais que atendem no projeto.

O processo consistia em se levantar, em grupo, as necessidades de investigação, com seus diferentes vértices; elaborar o questionário, executar a aplicação dos sistemas de registro, fazer individualmente a tabulação manual dos dados e em se promover uma reunião anual para avaliação dos instrumentos, quando os questionários eram revistos e sua nova forma proposta para utilização no próximo ano.

Contamos com registros relativos a 714 casos, com as características descritas mais adiante, que foram atendidos na sede do serviço.

ESCOLA

Em 2004, os questionários desenvolvidos no NAPER foram utilizados em sala de aula, expandindo-se esta pesquisa-ação na área educacional.

Os professores e seus assistentes levavam o projeto aos alunos que os utilizaram no atendimento de seus clientes de classe, com supervisão de seus respectivos professores e assistentes. Terminado o atendimento, os professores elaboraram um relatório sobre a sua experiência, anexando os questionários e o de seus alunos.

Foram utilizados os questionários por alunos e seus clientes em 6 classes; 4, nos EUA e 2, no Brasil. Os questionários foram vertidos para o inglês para uso nas classes americanas. Os cursos aconteceram no Brasil e nos USA, nas respectivas escolas de Rolfing da ABR e do RI.

Contamos com registros de 160 clientes atendidos em sala de aula, cujas características descrevemos abaixo.

Foi também aplicado o *The World Health Organization Quality of Life Instruments* (WHOQOL-BREF, 2004) nos clientes de classe, antes e depois de passarem pelo processo de Rolfing. O grupo de pesquisa criador deste instrumento define Qualidade de Vida como “as percepções do indivíduo de suas posições na vida, no contexto cultural e sistema de valores; e sua relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Suas perguntas são organizadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambientais.

Este questionário foi escolhido para servir como uma referência pela similaridade em sua conceituação, de enfoque multi-dimensional, aliado ao fato de ser um instrumento validado em diversas línguas e usado em culturas diferentes.

2.2.2. HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Os questionários desenvolvidos no NAPER tiveram um apoio histórico na prática Educacional e Institucional da ABR e do RI.

Prática Institucional

A seleção dos clientes de classe do RI obedecia aos critérios dirigidos ao levantamento de dados de identificação e ao levantamento de dados que pudessem trazer à luz contra-indicações ao processo de Rolfing. Criaram-se questionários que foram alterados em diversas ocasiões e passaram a se chamar Fichas de Inscrição ou Questionário de Saúde (*Health Questionaire*)

Na fundação da ABR e, nos primeiros cursos do Brasil (1987, 1989), foram utilizadas as mesmas fichas do RI e, quando ministrei um curso em 1991, revisei as fichas para torná-las mais abrangentes e para trazer tais dados aos alunos antes que conhecessem seus clientes.

Em 1995, num curso em Parma, Itália, fiz outra revisão deste procedimento. A seguir, estas fichas foram revisadas por mim e por outros professores brasileiros para a ABR, até chegarem à forma de 1998. Nela, incluímos, além dos dados de identificação, questões sobre estado e história física, relação do cliente com seu corpo, experiência em psicoterapia, além de um levantamento de seus objetivos e de suas expectativas.

Em 1994, instituímos, na ABR, um formulário para pesquisar informações do cliente quanto ao seu atendimento pela Instituição, pelo profissional rolfista e pelos professores envolvidos em seu processo. Buscavam-se também informações sobre o atingir ou não seus objetivos. Eram perguntas abertas.

Desta prática contamos então com:

- ficha de Inscrição
- relatório de Cliente

Prática Educacional

Nos cursos que ministrei, de 1991 a 2005, desenvolvi questionários que eram utilizados para aprofundar o levantamento de informações trazidas pela Ficha de Inscrição. Tornaram-se entrevistas semi-abertas que, além do levantamento de dados pessoais e de elementos sobre objetivos e saúde do cliente, tinham a finalidade de iniciar a relação terapêutica e estabelecer o contato com o cliente. Além disto, eram dirigidas para uma leitura da queixa do cliente e de sua correlação psicofísica. Configuravam a gênese de uma Entrevista Inicial que transcendia o modelo de uma anamnese médica, prática que outros professores estavam desenvolvendo.

Em 1995, elaborei o Relatório do Cliente. Além das perguntas relativas ao atendimento institucional e profissional, o cliente tinha a possibilidade de refletir sobre seu processo e compartilhá-lo com o profissional que o atendeu, criando, então, mais uma forma de reflexão para o cliente, para o Rolfista e sobre a relação terapêutica.

Nesta classe e em classes seguintes em que ministrei aulas, gerei também questionários que eram específicos para o ensino do método, contendo objetivos pedagógicos que acompanhavam o processo clínico. Eles eram preenchidos e avaliados após cada sessão e suas perguntas levavam à aprendizagem do método, a seus princípios e às suas técnicas, numa referência à sessão anterior, à atual e ao planejamento da seguinte; as questões suscitavam reflexões sobre o processo do cliente e do próprio aluno.

Também em 1995, agora em Boulder, Colorado, criei Relatórios de Caso sob a perspectiva do Rolfista, uma síntese do processo, tal como percebida pelo Rolfista. Gerava-se a partir disso, mais um vértice de reflexão. Estas práticas evoluíram em sua forma, perguntas foram revistas e acrescentadas em cada experiência didática. Outros professores produziram procedimentos semelhantes, apoiando-se no trabalho já desenvolvido e, às vezes, criando seus próprios modelos. As perguntas incluíam questões de leitura, de estrategização, de escolhas técnicas, de avaliação de resultados e de planejamento. Uma síntese do trabalho foi apresentada na Reunião da Faculdade do RI, em Boulder, Colorado, em 1995.

Na reunião da Faculdade do RI, em 1997, foram introduzidas as *SOAP notes* (THOMPSON, 1993), como formulário básico, para o registro dos processos em todas as classes, instituindo-se oficialmente no currículo fundamental um Relatório de Sessão. Este modelo foi escolhido por sua tradição na cultura americana, pela sua simplicidade e praticidade oferecidas. Sentia-

se a necessidade e o valor do registro sistemático. Eram redigidas pelo rolfista e apresentavam as perspectivas do cliente e do rolfista no acompanhamento dos processos.

Temos, portanto, já nesta prática Institucional e Educacional, os seguintes componentes presentes, porém utilizados de forma assistemática e não uniforme (que significa que alguns profissionais tiveram experiência com este tipo de registro e outros não):

- fichas de Inscrição;
- modelos de Entrevistas Inicial - Anamnese;
- relatório do Cliente;
- relatórios de acompanhamento de processo (Relatório de sessão, ficha de evolução);
- relatório do Rolfista.

Os dados obtidos nunca foram tabulados, pois não havia interesse em realizar pesquisa presente nesta prática. Eram dados usados assistematicamente, para a prática clínica, com objetivos educacionais.

2.2.3. PROCEDIMENTO DE CONSTRUÇAO DOS QUESTIONÁRIOS

Os questionários, foco de nossa pesquisa, foram desenvolvidos no NAPER e, depois, utilizados na Escola. A seguir, mostramos um histórico do desenvolvimento destes questionários de 1998 até o presente. Uma síntese deste processo até 2003 foi relatada por Mattoli e Bocalletto (2003) em “Perfis dos clientes do NAPER”, contendo a fonte dos dados analisados abaixo, que foram atualizados e acrescidos de uma análise demonstrativa da evolução deles.

Os questionários preenchidos pelos Rolfistas e pelos Clientes foram, na prática, chamados de “Relatórios do Rolfista” e “Relatórios do Cliente”. Aqui, os denominamos “Relatórios”, tal como aconteceu na sua utilização no cotidiano.

2.2.3.1. ENTREVISTA INICIAL

A Entrevista Inicial foi realizada pelo rolfista em todas suas versões.

1998-1999

Era o mesmo questionário utilizado pela Instituição – ABR - em sua versão de 1998, na seleção de clientes de classe.

Tratava-se de uma *Ficha de Inscrição* para o atendimento que continha pesquisa sobre:

- dados de identificação;
- saúde, acidentes, dores crônicas (saúde física);
- experiência com psicoterapia (dimensão emocional);
- atividades físicas, trabalho corporal (qualidade de vida);
- motivo de interesse pelo Rolfing;
- objetivos e expectativas com o processo.

Comentários

Consistia de perguntas abertas. A única pergunta que tocava mais diretamente na dimensão emocional era se o cliente estava em processo de psicoterapia, mas seu espírito era o de alertar para possíveis precauções a serem tomadas durante o processo, ou para eventual contato com o psicoterapeuta, caso necessário.

Os dados sobre saúde física se restringiam aos quadros que são contra indicados ao Rolfing.

As perguntas sobre a prática de esporte ou práticas corporais traziam dados sobre Qualidade de Vida do cliente e levantavam possíveis recursos para ajudar no trabalho, uma vez que poder-se-ia utilizar atividades que o cliente já praticava para se passar os conceitos imbuídos na prática do Rolfing.

2000 –2001-2002

Aparece a necessidade de se expandir a coleta de dados, julgada insuficiente com as “Fichas de Inscrição”. Cria-se, então, um questionário que se denominou *“Anamnese”*.

Neste questionário, além dos dados pessoais, pesquisava-se:

- como soube sobre Rolfing;
- que indicações tinha para o trabalho;
- como se sente em relação a seu corpo;
- investigação geral sobre saúde física e emocional expandida;
- perguntas sobre atividade física e lazer

Comentários

Nesta forma, a investigação aprofundou-se em todos seus aspectos (dados pessoais, aspectos da história física, emocional e estilo de vida).

Formalmente, aparece uma organização mista de perguntas fechadas e abertas.

Do ponto de vista psicobiológico, a pergunta sobre se o cliente faz psicoterapia ganhou pesquisa sobre "há quanto tempo e se toma medicamento".

Aparece pela primeira vez:

"Como se sente em relação a seu corpo?", pergunta aberta que dá espaço para sensações, sentimentos e elementos de imagem corporal e auto-estima.

2003

Surge a denominação "*Entrevista Inicial*":

- a pesquisa expande-se sobre os dados pessoais (escolaridade, estado civil, profissão, ocupação), indicação para Rolfing e indicação para o Serviço do NAPER, discriminando-se estas pesquisas;
- os objetivos que levaram ao Rolfing ganham classificação (PRADO, 2003b, 2004a);
- as perguntas sobre saúde, incluindo "investigação geral" mais expandida, e que inclui saúde física e emocional.

Comentários

A Entrevista Inicial toma forma mista, com perguntas abertas e fechadas, e com respostas de múltipla escolha. São 16 perguntas, além da perguntas de identificação. Este processo de especificação e percepção de possibilidades expande a percepção do rolfista em relação ao cliente.

A pergunta "como se sente com seu corpo?" foi eliminada por não se perceber o valor dela.

A tentativa de se definir e interpretar os objetivos do cliente em categorias que seguem uma prática holística foi uma mudança importante em relação ao ano anterior, à medida que possibilita a percepção do cliente e suas metas com maior precisão. Pela primeira vez se considera se os objetivos do cliente incluem a dimensão emocional, existencial, cultural ou energética.

A investigação geral sobre saúde física e emocional era precedida de um parágrafo que sugeria áreas para investigação, (sistemas físicos e distúrbios de fundo emocional), mas a pergunta era aberta.

2004

Ainda é denominada "*Entrevista Inicial"*.
Neste questionário, houve revisão e ampliação extensas, bem como uma formatação mais organizada:

- as categorias ficam mais claras e definidas;
- os dados de investigação pessoal e sobre as indicações para o serviço expandem-se e organizam-se ainda mais;
- a classificação dos objetivos sofistica-se, com uma revisão das categorias classificatórias dos objetivos (PRADO, 2004a);
- a pesquisa sobre dor ganha escalas;
- a investigação geral sobre saúde é sistematizada;
- a inclusão de mais questões sobre vida emocional é valorizada.

Comentários

Nesta revisão, foi resgatada e expandida a experiência anterior. Nela pode-se definir melhor as categorias e as respostas de múltipla escolha. A pesquisa se organizou em 61 perguntas, entre abertas, fechadas, de múltipla escolha e escalas.

Esta organização tinha a intenção de pontuar algumas respostas, e de deixar espaço para o cliente se colocar de forma a complementar os dados e a se manifestar livremente.

Na dimensão emocional, volta a pergunta "Como se sente em relação a seu corpo?", por se ter percebido o valor desta questão quando de sua ausência, e aparece pela primeira vez a pergunta "Como se sente emocionalmente ?", numa pergunta aberta, direta e simples.

A questão da dor é tratada de forma abrangente: natureza, localização, periodicidade, intensidade.

Aparece uma polêmica pergunta sobre sexualidade, discutindo-se sobre a natureza íntima da questão e o aspecto ético associado ver se o potencial de dados que poderia trazer sobre a pessoa e sua qualidade de vida. Ela passou a ser uma pergunta opcional.

Quanto à Qualidade de Vida, buscou-se também informações sobre o lazer.

2.2.3.2. RELATÓRIO DE SESSÃO

O Relatório de Sessão era elaborado pelo Rolfista em todas as suas versões:

1999

O *Relatório de Sessão* propunha um acompanhamento dos casos.

Estes relatórios eram individuais e cada profissional seguia sua própria forma, tendo como base procedimentos feitos em sala de aula por alguns professores, onde se utilizavam relatórios de sessão para estimular a reflexão e garantir a aprendizagem. Eram usados para dar base às supervisões de caso. Não eram padronizados em 1999.

2000 até 2004

Os Relatórios de Sessão passam a se denominar *Ficha de Evolução*" e adquirem outra forma, seguindo o modelo *SOAP*, mais universal, que traz as seguintes perspectivas:

S – Subjetiva dados trazidos pelo cliente sobre seu estado;
O – Objetiva leitura e análise do Rolfista em relação ao cliente,
A – Acesso conjunto de estratégias e técnicas planejadas e utilizadas;
P – Projeto perspectivas e projetos para as sessões seguintes.

Comentários

A partir de 2004, foi decidido que este instrumento era facultativo e pessoal. Cada profissional poderia seguir o modelo proposto e usar seu próprio estilo de anotações. Ele

contém dados que podem ajudar na elaboração do Relatório de Rolfista. Os registros são livres e abertos, portanto, rica fonte de material de teor subjetivo.

Este tipo de registro permite também o acompanhamento do processo do cliente. As diferentes perspectivas do trabalho podem estar presentes.

2.2.3.3. RELATÓRIO DO CLIENTE

Era preenchido sempre pelo cliente após o processo.

1999

Gera-se o primeiro *Relatório do Cliente*, numa tentativa de obter, para os registros, a perspectiva do cliente. O relatório era formado por perguntas abertas, informais, com duplo interesse:

- clínico (reflexão pessoal sobre processo);
- institucional (avaliação do atendimento pela Instituição e pelo profissional).

2000 – 2002

Formalizam-se 6 perguntas abertas que avaliavam, na perspectiva do cliente:

- os objetivos e as expectativa em relação ao Rolfing e se os atingiu;
- como foi o processo e que mudanças percebe e como as percebe;
- como foi a relação com o seu terapeuta e com o NAPER;
- como foi trabalhar no NAPER e como falaria do Rolfing para outra pessoa.

Comentários

As perguntas permitem e ajudam o processo de reflexão do cliente. “Como você percebe que isto aconteceu ?” implica numa reflexão, uma vez que o cliente para responder a esta pergunta precisa se referir a sua experiência.

2003

Há uma revisão na redação das perguntas e inclui-se a pergunta: “Rolfing ajudou em outros aspectos do ser?”

Comentários

A pergunta pode levar o cliente à percepção de mudanças em esferas de que não tinha consciência, favorecendo a percepção de outras dimensões da pessoa e do alcance do trabalho/processo.

2004

Adicionam-se, como contraponto da evolução da Entrevista Inicial, as perguntas sobre como se sente o cliente emocionalmente após o processo e permanecem as mesmas perguntas e escalas sobre dor.

Reformula-se a redação da pergunta “Você percebe que Rolfing ajudou você em outros aspectos do seu ser ?” para “... de sua vida e sua pessoa”. oferecendo opções para reflexão e conscientização.

2.2.3.4. RELATÓRIO DO ROLFISTA

2000 a 2002

Surge o *Relatório do Rolfista,* uma síntese em que o profissional expõe o processo do cliente e o seu próprio processo em relação ao cliente; sendo instrumento essencial, tanto para servir como um relatório para o retorno e seguimento de casos.

Deveria ser elaborado em três fases:

- no início - o que observa e o que espera, e estratégias de trabalho;
- no meio - uma reavaliação do projeto;
- no fim - como foi o processo do cliente e o dele com o profissional, uma avaliação dos objetivos iniciais e uma avaliação final, bem como da relação terapêutica.

2003

Houve uma revisão na redação e incluíram-se:

- dados sobre técnicas utilizadas;
- comentários sobre processos interrompidos.

2004

A versão do relatório de 2003 sofre as seguintes modificações:

- é acrescentada uma listagem de possíveis técnicas, o registro formal daquelas já utilizadas, com discriminação do âmbito de atuação (físicas, psicobiológicas, etc.), ajudando o questionário a tornar-se mais preciso;
- exclui-se a análise da fase intermediária do processo;
- são incluídos encaminhamentos e projetos para a continuidade do processo do cliente.

Comentários

A inclusão da lista de técnicas possíveis de serem utilizadas e da lista das taxonomias de acesso no relatório do Rolfista (PRADO 2004a) cria espaço para um tipo de reflexão que pode afinar sua percepção de seu cliente e de seu repertório técnico, com maior discriminação e conseqüentemente com escolhas conscientes e apropriadas para a situação terapêutica. Também fornece subsídios para reflexão quanto ao processo da relação cliente-terapeuta.

Estes questionários acima descritos faziam parte de um PROTOCOLO de cada cliente do NAPER, que incluía outros registros (fotografias, exames clínicos, contratos, termo de aceitação de pesquisa, etc.).

Para maior clareza, segue abaixo um quadro-síntese da evolução dos questionários presentes nos protocolos de cada cliente do NAPER e suas principais evoluções transformações ao longo dos anos nesta pesquisa-ação:

1998	Ficha de Inscrição.
1999	Ficha de Inscrição. Relatório do Cliente não formalizado. Relatório de Sessões.
2000	Anamnese. Relatório de sessões revisado segundo o modelo SOAP. Relatório de Rolfista. Relatório do Cliente formalizado com 6 perguntas.
2001	Anamnese. Relatório de Sessão (SOAP). Relatório do Cliente (igual ao anterior). Relatório do Rolfista (igual ao anterior).
2002	Anamnese. Relatório de Sessão (SOAP). Relatório de Cliente (igual ao anterior). Relatório do Rolfista (igual ao anterior).
2003	Entrevista Inicial. (16 perguntas) Relatório de Sessão (SOAP). Relatório de Cliente revisto na redação e ampliado para 7 perguntas Relatório do Rolfista (revisão de redação e ampliação quanto às técnicas utilizadas).
2004	Revisão Geral de todos os questionários com exceção do Relatório de Sessão. Entrevista Inicial – extensa revisão e formatação, classificação dos objetivos, pesquisa sobre dor e vida emocional. (61 perguntas) Relatório do Cliente – inclui escalas de dor e pergunta sobre vida emocional. Relatório do Rolfista – inclui listagem de técnicas, exclui fase intermediária, mantendo a investigação do início e fim do processo; também inclui encaminhamentos sugeridos.

Quadro 4 Histórico do desenvolvimento dos Questionários do NAPER.

Concomitantemente, elaborei dois documentos: "*Apresentação aos procedimentos de registro de atividade clínica e de pesquisa*", em 2003, e revisto em 2004 que, como um manual, nutria o grupo com informações sobre a natureza dos conceitos utilizados - para ajudar na classificação de queixas - sobre o procedimento de registro e sobre a descrição de um rol de técnicas possíveis de utilização.

Comentários sobre o processo de construção dos questionários

Vimos neste processo de 8 anos o gradual amadurecimento de formas de registro da atividade clínica do NAPER, tanto em sua dimensão formal como quanto em seu conteúdo.

O número de protocolos aumentou, passando de uma ficha de inscrição para uma bateria de questionários que trazem perspectivas diversas (rolfista e cliente) e se referem a antes, durante e depois do processo.

A necessidade de informações para a compreensão, aplicação, avaliação dos processos bem como para a reflexão sobre o Rolfing se traduziram nesta evolução dos instrumentos de registro.

Atualmente, analisando sua estrutura podemos verificar que neles existem as seguintes áreas de pesquisa:

Entrevista Inicial:

- dados de identificação;
- dados sobre a relação do cliente com Rolfing;
- dados sobre como chegou ao NAPER;
- dados de saúde e história física;
- dados sobre a saúde emocional.;
- dados sobre a qualidade de vida do cliente;

Relatório do Cliente:

- objetivos, e Expectativas - antes do processo e se os atingiu após o mesmo;
- relação com Terapeuta e com a Instituição;
- dados sobre suas emoções;
- perguntas para reflexão sobre si e sobre o processo.

Relatório do Rolfista:

- objetivos do Cliente;
- análise;
- estratégias e técnicas utilizadas;
- avaliação;
- relações terapêuticas;
- reflexão sobre si no processo.

Do ponto de vista psicobiológico, as investigações têm âmbito físico, emocional, relacional e processual.

O processo do desenvolvimento e “modelagem” desta investigação sugere que os protocolos do NAPER foram se sofisticando para:

1- investigação do estado dos clientes e do terapeuta;
2- formas de remeter ambos, além da comunidade de rolfistas, para a atividade reflexiva e de conscientização da experiência.

Esta reflexão que ora aparece na pessoa do cliente, ora na do rolfista, ou ainda no pensamento comunitário para a organização e formulação dos questionários e, num último nível na prática clínica diária, na atividade de pesquisa, são o desenvolvimento vivo da ciência do Rolfing.

A dimensão psicobiológica, ganha mais espaço. Vai desde a inclusão da primeira pergunta em 1998 na ficha de Inscrição brasileira sobre se o cliente faz ou não psicoterapia, até as perguntas de 2004 sobre a investigação de como se sente emocionalmente antes e depois do rolfing acrescidas das investigações das dores e de seu efeito na Qualidade de vida da pessoa, como sente que foi afetado pelo trabalho em seu ser como um todo, pesquisando e gerando reflexão sobre a dimensão holística dos processos.

2.2.4. APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

2.2.4.1. SUJEITOS DO NAPER

Os questionários (Entrevista Inicial, Relatório de Rolfista e Relatório de Cliente) incluídos nos protocolos de todos os clientes atendidos pelo Serviço desde sua criação, em novembro de 1998 até dezembro 2005, foram incluídos na amostra desta pesquisa.

Procuravam espontaneamente o serviço e pagavam uma taxa após passarem por uma triagem para se averiguar seu nível sociocultural, com o objetivo de se adequar à taxa.

Ao longo dos anos foram utilizados no atendimento de 714 clientes, vistos por 35 rolfistas diferentes que passaram pelo NAPER, com a seguinte distribuição ao longo dos anos:

1998 - 9	2002 - 173
1999 - 45	2003 - 115
2000 - 123	2004 - 92
2001 - 96	2005 - 56

Gênero	**%**
Homens	29,4
Mulheres	70,6
Idade	
0 a 20	7,2
20 a 40	51,8
40 a 60	34,5
60 mais	6,5
Estado civil	
Solteiros	49,8
casados/juntados	36,1
separados/ divorciados	11,8
viúvos	2,4
Formação Escolar	
ensino médio incompleto	6,1
ensino médio completo	13,7
universitário incompleto	11,0
universitário completo	53
pós graduado	16
Inserção Social	
Assalariados	37,3
profissionais liberais	40
estudantes	9,6
aposentados	5,8
do lar	4,6
Religiosidade	
sim, tem religião	72,9
espiritualidade, não religião	20,7
ateus	6,4
Religião*	
Católicos	55,9
Espíritas	22,5
**59,8% são praticantes.*	
Local de moradia	
São Paulo	90,4
Grande São Paulo	6,0
cidades próximas	3,6

Quadro 5 Perfil dos Clientes do NAPER.

A amostra não corresponde a 100% dos clientes do NAPER porque houve extravio de protocolos e alguns clientes e rolfistas não preencheram seus questionários.

Os clientes procuravam espontaneamente o serviço e todos eram potencialmente aceitos para atendimento. A partir de 2001, o serviço conta com uma triagem social, cujo montante a ser

pago por sessão é estabelecido, dependendo do seu nível socioeconômico do mesmo. A indicação ou não sobre se Rolfing seria ou não um processo adequado para o cliente em questão, e feita no momento da Entrevista Inicial.

Eles preenchiam a ficha de inscrição, recebiam por escrito o texto com a explicação sobre a natureza do serviço (atendimento, ensino e pesquisa), as normas de funcionamento e assinavam anuência para utilização dos dados referentes a seu processo para pesquisa.

O Serviço de atendimento do NAPER funcionava na sede da ABR, primeiramente à rua Maria Figueiredo, 490, e depois, em 2002, muda-se para a Alameda Casa Branca, 600, e, em 2005, para a Rua Cel. Artur de Godói, 83, São Paulo, Brasil.

Para esta pesquisa, foram utilizados os questionários à medida que evoluíam em número, forma e conteúdo ao longo dos anos.

2.2.4.2. SUJEITOS DA ESCOLA

Foram utilizados os questionários em processos de Clientes de Classe de 6 cursos de Rolfing, na fase profissionalizante (Unidade 3): quatro cursos, na escola do RISI, situada na sede do Instituto, em Boulder, Colorado, EUA e ,dois, da ABR na escola da Instituição em São Paulo, Brasil, também localizados na sede da ABR, no endereço acima citado.

Os clientes procuravam espontaneamente as Instituições ou eram por elas recrutados, para se submeterem ao processo que acontecia em sala de aula. Cada aluno tinha dois ou três clientes, e o trabalho era supervisionado pelo professor encarregado e pelo seu assistente. Era cobrada uma taxa reduzida, como pagamento pelo serviço. Havia uma sessão de orientação, antes do início do processo; lá, os clientes eram informados sobre o trabalho e sobre o sistema de atendimento em sala de aula. Cada aluno recebia da Instituição a ficha de inscrição de seu cliente.

Os questionários de 2004 foram vertidos e utilizados num projeto de Prado, aplicada numa classe em que ministrou aulas numa Unidade 3, fase profissionalizante, em Boulder, Colorado, em maio de 2004. Outros professores nos EUA e no Brasil posteriormente aderiram ao projeto e utilizaram os questionários.

Assim, cada aluno podia estudar e utilizar os questionários, fazer uma síntese de sua compreensão do caso, num Estudo de Caso, e criticar a qualidade e o uso dos instrumentos. Havia supervisão clínica do andamento dos casos em todas as classes.

O WHOQOL-BREF (2004) foi aplicado em todos os clientes de classe, antes e depois do processo de Rolfing.

Neste estudo, consideramos este segmento da amostra (alunos das escolas) como um todo e os subdividimos em dois subgrupos: americanos e brasileiros.

No total, eram 160 clientes: 105 nos EUA e, 55 no Brasil, atendidos por 84 alunos diferentes, sendo, 54, dos EUA e, 26, do Brasil, assim distribuídos por classe:

1. 50 casos, 16 alunos, Boulder Colorado, EUA – maio /2004;
2. 27 casos, 12 alunos, São Paulo, Brasil – dezembro 2004;
3. 11 casos, 12 alunos, Boulder, Colorado, EUA – agosto 2004;
4. 19 casos, 16 alunos, Boulder, Colorado, EUA – outubro 2005;
5. 28 casos, 12 alunos, São Paulo, Brasil – dezembro 2005;
6. 25 casos, 16 alunos, Boulder, Colorado, EUA – Dezembro 2005.

	EUA	BR	Total das Escolas
Gênero			
homens	36,3	38,2	37
mulheres	63,7	61,8	63
Idade			
00-19	1,9	10,9	5,1
20-39	58,7	43,7	53,4
40-59	32,7	25,4	30,2
60 +	6,7	20,0	11,3
Estado Civil			
solteiros	53,2	41,2	49,0
casados/juntados	30,9	41,2	34,5
separado/divorciado	14,9	13,7	14,5
viúvo	1,1	3,9	22,1
Formação Escolar			
até ensino médio incompleto	2,4	23,5	10,4
ensino médio completo	3,6	17,6	8,9
universitário incompleto	11,9	11,8	11,9
universitário completo	42,9	33,3	39,3
pós-graduação	39,3	13,7	29,6
Inserção Social			
assalariado	27,7	30,6	28,7
profissional liberal	50,0	44,9	48,3
estudante	19,1	16,3	18,2
do lar	0,0	4,1	1,4
aposentado	1,1	4,1	2,1
desempregado	2,1	0,0	1,4
Religiosidade			
sim	45,8	76,3	56,4
não religião, sim espiritualidade	48,6	23,7	40,0
não	5,6	0,0	3,6
Religião*			
católica	6,3	70,4	35,6
evangélico	18,8	7,4	13,6
espírita	12,5	14,8	13,6
judeu	6,3	0,0	3,4
protestante	6,3	0,0	3,4
outros	50,0	7,4	30,5
Local de moradia			
São Paulo		94	
Boulder	56,5		

Quadro 6 Perfil dos Clientes das Escolas.

2.2.5. TRATAMENTO DOS DADOS

Serão analisadas:

A- as respostas às perguntas abertas e fechadas aos questionários.

Para tal fim, faremos:

A.1- Apresentação dos resultados e uma análise quantitativa das respostas às perguntas fechadas das seguintes amostras:

a.Total dos Casos. (somatória de todos os casos das Escolas e do NAPER, 874 casos);
b. NAPER (714 casos);
c. Total das Escolas (160 casos);
d. Escola BR (55casos);
e. Escola EUA (105 casos).

A.2. Comparação entre os resultados das respostas às perguntas fechadas das seguintes amostras:

a. Total da Escolas (160 casos) e NAPER (714 casos);
b. Escolas BR e EUA (55 e 105 casos).

A.3 Apresentação e comparação entre as respostas de amostras dependentes cruzadas entre si (dores A,B, C antes e depois do trabalho de Rolfing, quanto à sua localização, periodicidade, intensidade e há quanto tempo a possui e, estado emocional, antes e depois do processo de Rolfing).

A.4. Apresentação dos resultados e uma análise qualitativa das repostas às perguntas abertas das seguintes amostras:

a. NAPER;
b. Escola BR;
c. Escola EUA.

A.5. Comparação entre os resultados das amostras:

1. NAPER e das Escolas BR e EUA;
2. as que falam português (NAPER e Escola BR) e a que fala inglês (Escola EUA).

B - os questionários, Entrevista Inicial, Relatório do Rolfista e Relatório do Cliente, seu procedimento de aplicação e suas perguntas em função:

B.1. do valor da pergunta;

B.2. dos resultados obtidos em suas respostas.

C - as respostas ao questionário WHOQOL-BREF (2004).

2.2.5.1. RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

2.2.5.1.1. ANÁLISE QUANTITATIVA

Perguntas Fechadas

Os dados quantitativos foram trabalhados utilizando-se o programa SPSS *(Statistical Package of Social Studies).*

Foram aplicados testes estatísticos de acordo com o nível de mensuração das amostras envolvidas. Neste sentido, para as variáveis qualitativas foram aplicados testes de χ^2 e o teste exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas, foram usadas Médias e Desvios-Padrão para a descrição das amostras e o teste "t" de comparação de médias para amostras dependentes. Nos testes estatísticos, a margem de erro utilizada foi de 5%. Estes resultados e tratamento estão expostos no item 3.1. deste trabalho, e este procedimento também foi adotado para a análise comparativa entre algumas das perguntas fechadas, apresentadas no item 3.3 deste trabalho.

2.2.5.1.2. ANÁLISE QUALITATIVA

Perguntas Abertas

Foram feitos sete tipos de tratamento a estas perguntas :

a) levantamento de freqüência das palavras utilizadas nas respostas dadas pelo SPAD.T. Foi apresentada uma lista com as 10 palavras mais freqüentemente utilizadas em cada uma das amostras (Escola BR, Escola EUA e NAPER). Calculou-se a porcentagem da

freqüência do aparecimento destas palavras em relação ao N (número de sujeitos que responderam à pergunta) e, em relação ao P (numero total de palavras utilizadas na resposta);

b) Elaboração de um agrupamento de palavras semelhantes conceitualmente (p.e. dor, dores, ou melhor, melhorar, melhoria ou postura, postural, etc.) e foi elaborada uma listagem dos dez mais utilizados em cada amostra, com sua freqüência, porcentagem em relação ao N (total de respostas dadas à pergunta) e ao P (número total de palavras utilizadas na resposta);
c) Reunião das palavras utilizadas em cada resposta em 7 grupos e estes subdivididos em subgrupos de acordo com o conceito que encerram. Foi apresentada a F (freqüência), a porcentagem da Freqüência em relação ao N (número de respostas obtidas em cada questão) e ao P (número total de palavras analizadas na resposta);
d) levantamento dos temas utilizados nas respostas das três amostras e a porcentagem de sua ocorrência em relação ao número de respostas dadas a pergunta;
e) levantamento e seleção de frases com o contexto, onde apareciam as palavras e conceitos-chave relativos ao Rolfing ou à dimensão Psicobiológica no Rolfing, Fez-se também um levantamento de frases que continham as palavras mais frequentemente utilizadas nas perguntas e de frases que continham combinação destas palavras dadas pelo SPAD.T;
f) comentários sobre os resultados que a pergunta pode eliciar no domínio psicofísico;
g) apreciação do valor da pergunta quanto ao seu potencial de trazer informações.

Estes resultados estão apresentados no item 3.2 deste trabalho.

2.2.5.2. OS QUESTIONÁRIOS, SEU PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO E SUAS PERGUNTAS

a) apresentação de comentários sobre o procedimento utilizado em cada Questionário, relatados no item 4.2;
b) apresentação de comentários sobre as respostas às perguntas abertas e fechadas, relatados ao longo da exposição das respostas aos questionários, no Capítulo 3, itens 3.1,3.2 e 3.3;

c) análise sobre o valor da pergunta em função de sua intenção, e dos resultados obtidos com suas respostas, relatada ao longo da exposição das respostas aos questionários, no Capítulo 3, itens 3.1,3.2 e 3.3.

2.2.5.3. WHOQOL-BREF

a) foram calculadas médias e desvios-padrão para a descrição das amostras e o teste “t” de comparação de médias para amostras dependentes. A margem de erro utilizada foi de 5% e estão apresentados na sessão 3.3. deste trabalho;

b) apresentação de comentários sobre a relação de seus resultados e os resultados às respostas aos questionários do NAPER, aplicados nas Escolas BR e EUA, relatados no item 3.3.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1. ANÁLISE QUANTITATIVA

O resultados abaixo relatados foram extraídos da tabulação das respostas aos questionários de 1998 a 2005 denominados:

1. Entrevista Inicial;
2. Relatório do Rolfista;
3. Relatório do Cliente.

Apresentamos os dados provenientes da:

1. Escola do Brasil (BR);
2. Escola dos Estados Unidos (EUA);
3. O conjunto dos dados das duas Escolas (Total das Escolas);
4. NAPER;
5. O conjunto dos dados provenientes das 3 amostras (Total Geral).

Para esta apresentação, colocamos a freqüência e a porcentagem das respostas.

Para facilitar a visualização, fizemos tabelas sintéticas apresentando os dados simultaneamente.

Foi calculado o qui quadrado ou o T test das:

1. respostas dadas a cada pergunta do NAPER;
2. respostas dadas a cada pergunta da Escola BR;
3. respostas dadas a cada pergunta da Escola EUA;
4. respostas da somatória do N das escola dos EUA e do Brasil, e que foi denominado Total das Escolas;
5. respostas do somatório das três amostras (Escola EUA, Escola BR, NAPER, e que foi denominado Total Geral);
6. da relação entre as respostas das escolas brasileira (BR) e americana (EUA);
7. da relação entre as respostas do conjunto dos dados das escolas – Total das Escolas com as respostas do NAPER.

Estes dados estarão relatados nos comentários das tabelas, quando necessário.

O N total de sujeitos é:

a) Escola do Brasil - BR – 55;
b) Escola dos Estados Unidos – EUA – 105;
c) Somatória dos dados das Escolas – Total das Escolas – 160;
d) NAPER – 714;
e) Somatória das três amostras – Total Geral - 874.

Uma vez que a forma e o conteúdo destes questionários se transformaram ao longo dos anos em revisões periódicas, o N de respostas possíveis varia conforme a pergunta. Quando uma pergunta não existia naquele questionário foi tabulada como “Doc. não existe”

Como se trata de um processo de criação e de utilização deste procedimento, houve um gradual amadurecimento e incorporação desta prática. Portanto, muitas vezes já existia a pergunta, mas, na prática, ela não era feita para o cliente ou respondida pelo rolfista., ficando o questionário sem a informação a ser pesquisada, e foram tabuladas como “Sem Informação” S/I. Houve também extravio de algumas fichas e, neste caso, foram tabuladas como “Sem Ficha” S/F.

Foram, portanto, excluídas do N:

1. Sem Informação – S/I;
2. Sem Ficha – S/F;
3. Doc. Não Existia;
4. Não se Aplica – NSA.

Nas tabelas, a seguir, não constam as informações sobre o número de casos em que não havia a pergunta no questionário, em que não havia o questionário no protocolo do cliente e em que não havia resposta sobre o dado pesquisado. Apresentamos, portanto, as respostas válidas em cada questão. Estes dados, quando necessários para a compreensão dos resultados ora apresentados, estarão incluídos nos comentários das tabelas.

Algumas tabelas apresentadas abaixo provêm de dados tabulados a partir de perguntas abertas que foram quantificadas. Este procedimento será indicado no decorrer desta apresentação, junto à pergunta em questão. A tabulação das respostas das escolas foi feita por Pedro Prado e as do NAPER, em sua maioria, pela pesquisadora Yeda Bocalleto e por Pedro Prado.

Esta apresentação será entremeada por dois itens: uma análise sobre o valor da pergunta e, outra, por comentários.

3.1.1. ENTREVISTA INICIAL

Os dados provenientes da Entrevista Inicial foram pesquisados no início do processo, pelo rolfista. Extraímos, das respostas, dados que foram organizados da seguinte forma para esta apresentação:

Objetivos

Classificação dos objetivos que levaram à procura do Rolfing

Histórico de Saúde

Levantamento de Acidentes ocorridos

Realização de cirurgias

Investigação sobre gravidez e uso de DIU

Dados sobre a presença de dor física, sua natureza, local, intensidade e periodicidade

Constatação de se está em tratamento e se usa medicação

Levantamento geral sobre saúde física e emocional

Emocional

Estado atual

Psicoterapia: se já fez ou se faz e há quanto tempo

Utilização medicamentos psicotrópicos

Qualidade de Vida

Atividade física e de lazer

Atividade sexual

Valor das Perguntas – Comentários

Todas as perguntas da Entrevista Inicial têm objetivo duplo: o de se colher informações e o de como estabelecer contato com o cliente, iniciando-se a relação terapêutica. Podem levantar dados objetivos e podem pesquisar as dimensões subjetivas envolvidas, iniciando-se um processo de se fazer pontes entre estas dimensões da pessoa; tanto no ponto de vista do terapeuta como do cliente e, em última análise, podem verificar a viabilidade de se estabelecer um contrato de trabalho e de ajuda na organização das estratégias e técnicas a serem utilizadas.

Esta Entrevista fornece elementos para a elaboração do Contrato Terapêutico, e traz elementos sobre a propriedade do Rolfing para o cliente neste momento.

Os dados colhidos no início do Processo oferecem condições de serem verificados durante e depois deste, ajudando em seu desenvolvimento. Contribuem com elementos que servirão para a avaliação da progressão do trabalho e, com dados que, comparados com os colhidos após o processo podem ser úteis para a avaliação do processo individual e para o estudo dos resultados do uso desta metodologia num âmbito coletivo de pesquisa.

OBJETIVOS

- Por que esta procurando Rolfing? O que espera do processo de Rolfing?

Pergunta aberta, de múltipla escolha, em que o Rolfista redigia usando as palavras do cliente, e que foi quantificada posteriormente, seguindo-se os critérios descritos por Prado no Manual para preenchimento dos questionários do NAPER (PRADO 2004a).

As pessoas poderiam ter mais de um objetivo.

Tabela 1 Freqüências e porcentagens relativas quanto à apresentação de objetivos Físicos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras.

Físico	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	%	%	F	%	F	%
Estruturais	38	76,0	81	80,2	119	78,8	647	93,1	766	90,5
Funcionais	17	34,0	61	60,4	78	51,7	248	35,7	326	38,5
Total	55	110,0	142	140,6	197	130,5	895	128,8	1092	129,1

Tabela 2 Freqüências e porcentagens relativas quanto à apresentação de objetivos Psicobiológicos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras.

Psicobiologico	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total *Geral***	
	F	%	F	%	%	%	F	%	F	%
Emocional	8	16,0	29	28,7	37	24,5	126	18,1	163	19,3
Cultural	1	2,0	8	7,9	9	6,0	10	1,4	19	2,2
Existencial	4	8,0	13	12,9	17	11,3	26	3,7	43	5,1
Energética	3	6,0	10	9,9	13	8,6	26	3,7	39	4,6
Total	16	32,0	60	59,4	76	50,4	188	26,9	264	31,2

Tabela 3 Freqüências e porcentagens relativas quanto à apresentação outros objetivos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras.

Outros	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Diversos	4	8,0	0	0,0	4	2,6	17	2,4	21	2,5
Retorno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,7	12	1,4
Interesse/técnica	4	8,0	5	5,0	9	6,0	41	5,9	50	5,9
Total	8	16,0	5	5,0	13	8,6	70	10,0	83	9,8

Tabela 4 Quadro-síntese das freqüências e porcentagens relativas quanto aos objetivos para a procura de Rolfing nas diferentes amostras.

Total	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Físico	55	69,6	142	68,6	197	68,9	895	77,6	1092	75,8
Psicobiológico	16	20,3	60	29,0	76	26,6	188	16,3	264	18,3
Outros	8	10,1	5	2,4	13	4,5	70	6,1	83	5,7
Total	79	100,0	207	100,0	286	100,0	1153	100,0	1439	100,0

Total Geral – No conjunto das amostras, a maior razão de procura por Rolfing é física, subcategoria Estrutural, proporcionalmente maior que Funcional (70,1 e 29,9% respectivamente). Das razões Psicobiológicas, a maior procura é por motivos Emocionais, proporcionalmente maior que as outras subcategorias.

As razões Físicas somadas são proporcionalmente maiores que a soma das categorias psicobiológicas e das outras categorias (75,8, 18,3 e e 5,9% respectivamente).

NAPER - A maior razão de procura por Rolfing é Física, subcategoria Estrutural, proporcionalmente maior que Funcional (70,1 e 29,9% respectivamente).

Das razões Psicobiológicas, a maior procura é por motivos Emocionais, proporcionalmente maior que as outras subcategorias.

As razões Físicas somadas são proporcionalmente maiores que a soma das categorias Psicobiológicas e das outras categorias (77,6 contra 16,3 e 6,1% respectivamente).

Escola BR – A maior razão de procura pelo Rolfing é Física, subcategoria Estrutural, proporcionalmente maior que Funcional (76,0 e 34,0 respectivamente).

Das razões Psicobiológicas, a maior procura é por razões Emocionais, proporcionalmente maior que as outras subcategorias.

As razões Físicas somadas são proporcionalmente maiores que a soma das categorias Psicobiológicas (69,6 e 20,2% respectivamente).

Escola EUA – A maior razão de procura pelo Rolfing é Física. A subcategoria Estrutural (80,2%) é maior que Funcional (60,4%).

Das razões Psicobiológicas, a maior procura é por razões Emocionais.

O Total das razões Físicas é maior e que a soma das categorias Psicobiológicas (68,60 e 28,99% respectivamente).

Comparações entre as Escolas BR-EUA - Os clientes de ambas Escolas procuram Rolfing mais por razões Físicas, Estruturais e a diferença entre as escolas não é significativa.

Os clientes da Escola EUA apresentam maior procura por motivos funcionais que na Escola BR (p=0,00).

Em todas as outras razões, as amostras se equivalem, não sendo significativa às diferenças entre elas.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas - Os resultados mostram que grande parte dos clientes têm objetivos na dimensão física, apresentando, sobretudo, razões estruturais para a procura ao trabalho.

Entre o NAPER e o Total das Escolas existe uma diferença significativa (p=0,000) quanto à razão Estrutural, sendo esta maior no NAPER que nas Escolas, e não o sendo entre elas.

Nota-se que na Escola EUA existe uma maior procura por razões Funcionais, apresentando uma diferença significativa em relação à Escola BR e ao NAPER, (p=0,00), que tem índices semelhantes aos da escola brasileira.

Na esfera Psicobiológica, como um todo, o comportamento das amostras se equivalem no tocante à dimensão emocional (p=0,08 entre as escolas e 0,07 entre elas e o NAPER, diferença não significativa) e diferem quanto às outras categorias, sendo que a relação entre o Total das Escolas e do NAPER são significativamente maiores (p=0,01; 0,00; 0,01 para cultural, existencial e energética, respectivamente).

Não existe diferença significativa entre as escolas BR e EUA.
Nas categorias do grupo Psicobiológico, houve mais respostas no grupo da Escola EUA que no da Escola BR ou no NAPER. Estes resultados não são significativamente diferentes, mas apontam esta tendência.

Não há casos de retorno nas escolas BR ou EUA, uma vez que todos os clientes que passam por Rolfing nas Escolas, o fazem pela primeira vez.

Valor da pergunta

A pesquisa dos ***objetivos*** do trabalho ajuda a situar, em nível clínico, tanto o terapeuta como o cliente em relação à motivação do cliente para a procura do Rolfing.

Ao se propor esta reflexão, pode-se averiguar qual o grau de consciência do cliente em relação a seus objetivos, que podem estar em uma ou muitas dimensões diferentes. uma vez que se trata de um trabalho com concepção holística.

Houve ajuda no estabelecimento do Contrato Terapêutico para se verificar a adequação entre objetivos do cliente, possibilidades do terapeuta e da técnica a ser empregada.

O processo em quantificar esta pergunta, originariamente aberta, ajuda a organizar as informações colhidas qualitativamente e dar-lhes um foco, podendo ajudar num primeiro levantamento estratégico, na escolha de técnicas e de táticas que poderão ser utilizadas, ajudando a dar direção ao Processo.
A avaliação deste questionário segue duas vertentes: uma a de uso clínico individual e, outra, a do estabelecimento de parâmetros e de metodologia de pesquisa Institucionais.

A **Definição das categorias** utilizadas é de suma importância na obtenção dos dados que se pesquisa para esta resposta. Ou seja, para uso Institucional, é importante garantir-se a uniformidade na informação dos pesquisadores e tabuladores dos dados. Apesar dos resultados apresentarem a mesma tendência, existem alguns dados que apontam para

diferença nas amostras (maior presença de razões Psicobiológicas nas Escolas, e de razões Físicas Funcionais na Escola EUA. Várias hipóteses podem ser levantadas: tabuladores diferentes, os professores envolvidos especificamente em cada classe e, o fato de eles reforçarem as diferentes razões Psicobiológicas e Funcionais como possíveis causas de procura do Rolfing. Estará esta diferença em uma diversa compreensão da definição das categorias entre os tabuladores, diferenças culturais entre as amostras?

Esta pesquisa trouxe resultados em todas as amostras em que foi feita.

HISTÓRICO DE SAÚDE

- Você já sofreu algum acidente?

Em primeiro lugar, pergunta-se se a pessoa já sofreu algum acidente, em segundo, se investiga qual a natureza do acidente para aquelas pessoas que responderam afirmativamente, podendo haver mais de uma resposta por pessoa. Trata-se de uma pergunta de escolha múltipla.

Tabela 5 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que já sofreram algum acidente.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	26	61,9	43	63,2	69	62.7	318	49.8	387	48,3
Não	8	38,1	25	36,8	41	37.3	321	50.2	362	51,7
Total	34	100,0	68	100,0	110	100.0	639	100.0	749	100,0

Tabela 6 Freqüências e porcentagens relativas quanto aos tipos de acidentes sofridos pelos clientes das diferentes amostras.

Tipos de Acidentes	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Fraturas	8	32,0	18	40,9	26	37,7	123	38,7	149	28,8
Queda	4	16,0	12	27,3	16	23,2	88	27,7	104	20,1
Carro/moto	6	24,0	13	29,5	19	27,5	70	22,0	89	17,2
Ligamentares	0	0,0	1	2,3	1	1,4	89	28,0	90	17,4
Rosto/cabeça	1	4,0	4	9,1	5	7,2	19	6,0	24	4,6
Cortes/pontos	2	8,0	0	0,0	2	2,9	15	4,7	17	3,3
Agressão física	1	4,0	0	0,0	1	1,4	3	0,9	4	0,8
Contusão	0	0,0	1	2,3	1	1,4	7	2,2	8	1,5
Outros	6	24,0	11	25,0	17	24,6	16	5,0	33	6,4
Total	28	112,0	60	136,4	88	127,3	430	135,2	518	100,0

Total Geral – A diferença entre quem passou por acidentes ou não é significativa.

NAPER – A diferença entre quem passou ou não por acidentes não é significativa.

Escola BR – Não existe diferença significativa entre os grupos dos que já passaram por acidentes e dos que não passaram. (p=0,12)

Escola EUA – Existe diferença significativa entre quem passou ou não por acidentes (p=0,02), sendo maior o grupo dos que já passaram por acidentes.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – O grupo da Escola EUA passou por mais acidentes que o grupo Escola BR, porém não é significativa a diferença entre os grupos das duas escolas.

No tocante à natureza dos acidentes mencionados, notamos uma maior incidência de quedas e contusões no Rosto/Cabeça na Escola EUA e, de cortes, pontos e agressão física na Escola BR.

Fraturas é o único tipo de acidente cujos grupos que tiveram e não tiveram não são significativamente diferentes entre si. Nos demais, mais pessoas não tiveram este tipo de acidentes que os que tiveram (p=0,05 em todos os casos).

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - É significativa a diferença entre o grupo do NAPER e o TOTAL das Escolas no que se refere ter ou não tido acidentes, tendo o grupo do NAPER tido menos acidentes que o das Escolas.

A maior parte destes foram fraturas, quedas e acidentes de carro/moto.

Os acidentes ligamentares, que seriam as torções e distensões aparecem significativamente mais no NAPER que no TOTAL das Escolas BR e EUA (p=0,00).

- Você tem queixa de alguma limitação física?

Tabela 7 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a apresentarem queixa de terem alguma limitação física.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	20	41,7	61	64,9	81	57,9	262	41,5	343	44.3
Não	28	58,3	33	35,1	61	43,6	370	58,5	431	55.7
Total	48	100,0	94	100,0	140	100,0	632	100,0	774	100

Total Geral – Não existe diferença significativa entre o grupo dos que têm e dos que não têm queixa de alguma limitação física.

NAPER – Não existe diferença significativa entre o grupo dos que têm e dos que não têm queixa de alguma limitação física.

Escola BR – Não existe diferença significativa entre o grupo dos que têm e dos que não têm queixa de alguma limitação física.

Escola EUA – Existe diferença significativa (p=0,000) entre o grupo dos que tem e dos que não tem queixa de alguma limitação física, sendo este, em menor número que àquele.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – É significativa (p=0,000) a diferença entre as Escolas BR e EUA no que se refere a esta questão, sendo que os clientes da Escola Americana relataram mais limitações físicas.

Comparações entre o NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - O grupo dos que têm limitação física em relação aos que não a têm se equivalem na Escola BR e no NAPER . A Escola EUA teve clientes com mais queixa de limitação física que a Escola BR e que o NAPER (p=0,000), em ambos os testes.

Valor da Pergunta

A pesquisa sobre os ***acidentes e limitações físicas*** podem trazer dados sobre o estado do tecido miofascial do sujeito, objeto da técnica e abordagem somática que é o Rolfing, sobre a presença de experiências de trauma e choque advindos destes acidentes, com sua conseqüente alteração da fisiologia do Sistema Nervoso Autônomo, dando importantes elementos para a escolha de abordagens técnicas, no estabelecimento do ritmo do trabalho. A localização destes ajuda no levantamento de contra-indicações ao toque e traz atenção a áreas específicas para serem tratadas com técnicas também específicas.

As limitações físicas podem dar dados para a adequação dos limites das possibilidades da Integração Estrutural e Funcional, trazendo, portanto, informações que ajudarão na estrategização e escolha de técnicas e táticas.

A pergunta trouxe informações e apontou uma diferença entre os clientes da amostra, os da Escola EUA e os das demais amostras. Não sabemos se isto se deve a uma interpretação da questão ou à condição física real destas pessoas.

- Tem dor física ?

A dor foi pesquisada quanto à sua presença, natureza, intensidade, periodicidade e há quanto tempo existe. Foram classificadas em dores A,B, C, pela ordem em que foram manifestadas. Classificaram-se até três dores por pessoa.

Para se avaliar a intensidade delas, foi apresentada uma escala de 1 a 10 em que o cliente dizia o grau de sua intensidade.

Na pesquisa dos demais aspectos, as respostas foram agrupadas nas categorias abaixo mencionadas.

Presença de dor física:

Tabela 8 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a apresentarem queixa de terem dor física.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	45	88,2	83	82,2	128	84,2	204	77,3	332	79.8
Não	6	11,8	18	17,8	24	15,8	60	22,7	84	20.2
Total	51	100,0	101	100,0	152	100,0	264	100,0	416	100

Total Geral – É significativa (p=0,000) a diferença entre o grupo que tem e que não tem dor física, sendo aquele maior.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA: Não é significativa a diferença entre estes grupos quanto ao relato de presença de dor física.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - A porcentagem de pessoas que procuraram o Rolfing tanto nas Escolas como no NAPER e que tem dor física é alta (88,2; 82,2 e 77,3 % respectivamente na Escola BR, na Escola EUA e no NAPER), sendo a diferença entre o grupo dos que relataram ter dor física e dos que relataram não ter dor física é significativa (p=0,050).

Dor A

Localização

Quanto à localização, as quatro primeiras categorias descritas se referem a dores nas costas, assim, na apresentação dos resultados, levamos em conta o total de dores nas costas como um todo, coluna/costas, lombar/ciática, toráxica, cervical, portanto, a somatória desta categorias marca bem sua relação entre si e com o conjunto das dores relatadas.

Tabela 9 Freqüências e porcentagens relativas da localização da dor A, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Coluna/Costas	2	4,8	12	14,3	14	11,1	36	17,9	50	15.3
Lombar/ Ciática	12	28,6	17	20,2	29	23,0	59	29,4	88	26.9
Torácica	0	0,0	0	0,0	0	0,00	2	1,0	2	0.6
Cervical	6	14,3	0	0,0	6	4,8	19	9,5	25	7.6
Ombro/ pescoço	4	9,5	25	29,8	29	23,0	19	9,5	48	14.7
Cintura escapular	1	2,4	2	2,4	3	2,4	15	7,5	18	5.5
Mãos/ pulsos/ dedos	0	0,0	4	4,8	4	3,2	1	0,5	5	1,5
Braço/ cotovelo	2	4,8	1	1,2	3	2,4	7	3,5	10	3,1
Peito/ mama/ costelas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0.3
Bacia/ quadril	1	2,4	4	4,8	5	4,0	10	5,0	15	4.6
Joelho	3	7,1	4	4,8	7	5,6	9	4,5	16	4.9
Pe/ tornozelo/ calcanhar	4	9,5	6	7,1	10	7,9	7	3,5	17	5.2
Coxa/ pernas	5	11,9	3	3,6	8	6,3	4	2,0	12	3.7
Dor de cabeça	1	2,4	1	1,2	2	1,6	3	1,5	5	1.5
A.T.M	0	0,0	1	1,2	1	0,8	1	0,5	2	0.6
Espaço visceral	0	0	1	1,2	1	0,8	1	0,5	2	0.6
Diversas	1	2,4	1	1,2	2	1,6	7	3,5	9	2.8
Diversas dores na cabeça	0	0,0	2	2,4	2	1,6	0	0,0	2	0.6
Total	42	100,0	84	100,0	126	100,0	201	100,0	327	100

Total Geral – 50,4% das respostas se referem a dores nas costas, sendo lombar a mais freqüente (53,33 do total das dores nas costas e, 26,9%, do total das dores).

NAPER –Temos 57,8 % das respostas sendo dores nas costas. Destas, a dor mais freqüente é lombar (50,8 % do total das dores nas costas e, 29,4%, do total das dores), percentualmente maior que as outras dores relatadas.

Escola BR – Temos 47,62 % das respostas sendo dores nas costas. Destas, a mais freqüente é lombar (58,28% deste grupo), mais freqüente que as outras dores relatadas.

Escola EUA – Temos 34,53% das respostas sendo dores nas costas. Destas, a mais freqüente é lombar (58,61%). A dor mais freqüente é na Cintura Escapular (38,10%), que se equivale à dor nas costas e é maior que as dores lombares (20,24%).

Comparações Escola BR com Escola EUA – Ambas têm dores nas costas como a dor mais freqüentemente relatada, não sendo significativa à diferença entre elas. A segunda dor mais mencionada, em ambas as escolas, é na cintura escapular.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Os clientes do NAPER se equivalem ao grupo de clientes da Escola BR quanto à dores nas costas (somatória das categorias 1,2,3) e diferem um pouco da Escola EUA quanto à dores na Cintura Escapular (4).

Dor B

Tabela 10 Freqüências e porcentagens relativas da localização da dor B, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Coluna/Costas	4	16,0	3	5,3	7	8,5	7	7,6	14	8,0
Lombar/ Ciática	7	28,0	6	10,5	13	15,9	18	19,6	31	17,8
Torácica	0	0,0	1	1,8	1	1,2	3	3,3	4	2,3
Cervical	1	4,0	0	0,0	1	1,2	13	14,1	14	8,0
Ombro/ pescoço	2	8,0	14	13,3	16	19,5	4	4,3	20	11,5
Cintura escapular	2	8,0	1	1,8	3	3,7	15	16,3	18	10,3
Braço/ cotovelo	1	4,0	2	3,5	3	3,7	6	6,5	9	5,2
Mãos/ pulsos/ dedos	0	0,0	3	5,3	3	3,7	0	0,00	3	1,7
Bacia/ quadril	0	0,0	3	5,3	3	3,7	2	2,2	5	2,9
Joelho	4	16,0	12	21,1	16	19,5	12	13,0	28	16,1
Pe/ tornozelo/ calcanhar	2	8,0	5	8,8	7	8,5	7	7,6	14	8,0
Coxa/ pernas	1	4,0	1	1,8	2	1,3	3	3,3	5	2,9
A.T.M	0	0,0	3	5,3	3	3,7	0	0,0	3	1,7
Espaço visceral	1	4,0	1	1,8	2	2,4	1	1,1	3	1,7
Dores diversas na cabeça	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	0,6
Diversas	0	0,0	2	3,5	2	2,4	0	0,0	2	1,1
Total	25	100,0	57	100,0	82	100,0	92	100,0	174	100

Total Geral - Na segunda dor declarada, 36,1% são dores nas costas, sendo 17,8% nas lombares, que corresponde a 49,2 % das dores nas costas.

NAPER - 44,6% são dores nas costas, das quais 43,90% são dores lombares. Do total das dores nas costas (costas, lombares, torácicas e cervicais), temos 31,61 % de dores cervicais.

Escola BR – As dores mais freqüentes são nas costas, com 56% delas. Lombares são as mais freqüentes, sendo 50% delas.

Escola EUA - Dores nas costas representam 30,9% das dores relatadas nesta questão, sendo que 51,4% delas são nas lombares. Temos 13,3% de dores relatadas no pescoço/ombros.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – Ambas Escolas têm a mesma tendência**,** de terem clientes de classe com dores nas costas. Note-se que a Escola EUA tem clientes de classe com mais dores nos ombros/pescoço que lombares (Escola BR). Ambas têm alta proporção de clientes com dores nos joelhos.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas - As tendências são semelhantes, sendo que as maiores incidências de dores são nas costas e nos joelhos.

Dor C

Tabela 11 Freqüências e porcentagens relativas da localização da dor C, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Coluna/ costas	0	0,0	3	10,0	3	7,0	1	3,2	4	5.4
Lombar/ ciática	0	0,0	4	13,3	4	2,5	4	12,9	8	10.8
Torácica	1	7,7	1	3,3	2	4,7	2	6,5	4	5.4
Cervical	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	1.4
Ombro/ pescoço	2	15,4	5	4,8	7	16,3	1	3,2	8	10.8
Cintura escapular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	1.4
Braço/ cotovelo	1	7,7	1	3,3	2	4,7	5	16,1	7	9.5
Mãos/ pulsos/ dedos	1	7,7	2	6,7	3	7,0	2	6,5	5	6.8
Peito/ mama/ costelas	0	0,0	1	3,3	1	2,3	0	0,0	1	1.4
Bacia/ quadril	0	0,0	2	6,7	2	4,7	1	3,2	3	4.1
Joelho	4	30,8	1	3,3	5	11,6	1	3,2	6	8.1
Pe/tornozelo/calcanhar	1	7,7	7	23,3	8	18,6	6	19,4	14	18.9
Coxa/ pernas	2	15,4	2	6,7	4	9,3	1	3,2	5	6.8
Dor de cabeça	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5	2	2.7
A.T.M	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	1.4
Espaço visceral	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	1.4
Diversas	1	7,7	0	0,0	1	2,3	1	3,2	1	1.4
Dores diversas na cabeça	0	0,0	1	3,3	1	2,3	0	0,0	2	2.7
Total	13	100,0	30	100,0	43	100,0	31	100,0	74	100

Total Geral - A somatória das dores nas costas representa a dor mais freqüente, 23%, sendo 50% lombares. Isoladamente, as dores nos pés-tornozelos, calcanhar são 18,9% do conjunto relatado.

NAPER – A terceira dor relatada mais freqüente foi nos pés-tornozelos-calcanhar, 19,4% delas, seguidas de 16,1% de dores nos braços, cotovelos. Em terceiro lugar, aparecem as dores lombares. As dores nas costas como um todo somam 29% do conjunto relatado e, delas, 44,48% são lombares.

Escola BR – A maior freqüência entre as terceiras dores relatadas é 30,8%, correspondentes a dores nos joelhos, seguidos de dores nos ombros e pescoço, com 15,4% das respostas.

Escola EUA - A mais freqüente dor foi nos pés/tornozelos, seguida pelas dores lombares.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – As dores nas costas somam 23,1; 31,4% respectivamente nas Escolas. Dores nos joelhos e dores nos pés/tornozelo/calcanhar têm 30,8 e 23,3 % respectivamente.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas – Na terceira opção, NAPER e Escola EUA mostraram dores nos tornozelos/pés ou calcanhares. Na Escola BR, dores nos ombros foram as mais freqüentes.

Comentários sobre Localização das Dores A, B e C nas três amostras

Para melhor compreensão destes resultados, devemos levar em conta o N de respostas dadas a cada uma das dores, sendo que se mencionadas como uma das opções, não aparecerão nas outras. A dor A tem um N de 201; a, B, 92 e, a, C, 31 no NAPER. Na Escola BR, 42, 25 e 13 e, na Escola EUA, 84, 57, 30 respectivamente.

Ainda assim, dores nas costas foram a maior tendência nas possibilidades A e B, sendo que, nesta aparecem as dores nos joelhos com bastante freqüência e na dor C. Apesar de ainda termos dores nas diferentes localizações nas costas, temos as dores nos pés, calcanhares, tornozelos e dores nos ombros/pescoço, que já começa a aparecer na dor A e B na Escola EUA.

Devemos levar em conta o fato de ombro/pescoço ser uma área de transição biomecânica (entre coluna e braços), bem como a região lombar (coluna-quadril-pernas).

Como no idioma inglês a palavra *neck* é traduzida para o português como pescoço, esta categoria pode encobrir e superpor-se às dores cervicais, parte da coluna.

- Há quanto tempo? (meses).

Dor A

Tabela 12 Freqüências e porcentagens relativas à quanto tempo apresenta a dor A entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
De 01 a 12	16	41,0	20	29,4	36	33,6	42	36,5	78	35.1
De 13 a 36	5	12,8	13	19,1	18	16,8	25	21,8	43	19.4
De 37 a 60	5	12,8	11	16,2	16	15,0	13	11,3	29	13.1
61 ou mais	13	33,4	24	35,3	37	34,6	35	30,4	72	32.4
Total	39	100,0	68	100,0	107	100,0	115	100,0	222	100

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A maior parte das dores relatadas são recentes (até um ano), ou antigas (mais que cinco anos), em todas as amostras.

Dor B

Tabela 13 Freqüências e porcentagens relativas à quanto tempo apresenta a dor B entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
De 01 a 12	8	38,1	12	24,0	20	28,2	15	30,0	35	28.9
De 13 a 36	4	19,0	9	18,0	13	18,3	14	28,0	27	22.3
De 37 a 60	1	4,8	10	20,0	11	15,5	7	14,0	18	14.9
61 ou mais	8	38,1	19	38,0	27	38,0	14	28,0	41	33.9
Total	21	100,0	50	100,0	71	100,0	50	100,0	121	100

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A tendência em relação ao tempo apresentada pela dor B se mantém a mesma em relação à dor A.

Dor C

Tabela 14 Freqüências e porcentagens relativas à quanto tempo apresenta a dor C entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
De 01 a 12	2	20,0	4	17,4	6	18,2	8	40,0	14	26.4
De 13 a 36	1	10,0	5	21,7	6	18,2	1	5,0	7	13.2
De 37 a 60	0	0,0	4	17,4	4	12,1	2	10,0	6	11.3
61 ou mais	7	70,0	10	43,5	17	51,5	9	45,0	26	49.1
Total	10	100,0	23	100,0	33	100,0	20	100,0	53	100

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A maior parte das dores relatadas são antigas (mais que cinco anos) em todas as amostras, seguidas das dores recentes (até um ano).

Comentários sobre o tempo que têm as dores A, B e C nas três amostras – A tendência em relação ao tempo apresentado pelas dores A, B ou C se mantém a mesma (maiores no primeiro e após o quinto ano), porém a diferença entre as categorias diminui na dor B e aumenta na dor C.

- Qual a intensidade? (Nota de 1 a 10).

Dor A

Tabela 15 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor A, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	0	0,0	3	4,0	3	2,7	3	2,4	6	2.5
2	1	2,5	6	8,2	7	6,2	6	4,8	13	5.4
3	2	5,0	11	15,1	13	11,5	14	11,0	27	11.3
4	6	15,0	11	15,1	17	15,0	20	15,9	37	15.5
5	6	15,0	8	11,0	14	12,4	17	13,5	31	13.0
6	5	12,5	8	11,0	13	11,5	21	16,7	34	14.2
7	8	20,0	8	11,0	16	14,2	21	16,7	37	15.5
8	6	15,0	13	17,8	19	16,8	8	6,4	27	11.3
9	3	7,5	3	4,1	6	5,3	6	4,7	12	5.0
10	3	7,5	2	2,7	5	4,4	10	7,9	15	6.3
Sem Dor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Total	40	100,0	73	100,0	113	100,0	126	100,0	239	100

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A maior intensidade das dores está nos graus de 4 a 8. No NAPER, temos 7,9% de casos com grau 10 atribuídos à intensidade da dor.

Dor B

Tabela 16 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor B, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	0	0,0	4	8,3	4	5,8	1	1,7	5	3.9
2	1	4,8	3	6,3	4	5,8	4	6,9	8	6.3
3	0	0,0	6	12,5	6	8,8	10	17,2	16	12.6
4	1	4,8	6	12,5	7	10,1	6	10,3	13	10.2
5	8	38,0	6	12,5	14	20,3	6	10,3	20	15.7
6	3	14,3	6	12,5	9	13,0	11	19,0	20	15.7
7	3	14,3	3	6,3	6	8,8	8	13,9	14	11.0
8	4	19,0	6	12,5	10	14,5	9	15,5	19	15.0
9	1	4,8	4	8,3	5	7,2	1	1,7	6	4.7
10	0	0,0	1	2,0	1	1,4	2	3,5	3	2.4
Sem Dor	0	0,0	3	6,3	3	4,3	0	0,0	3	2.4
Total	21	100,0	48	100,0	69	100,0	58	100,0	127	100

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA– A maior freqüência na intensidade da dor B está distribuída pelas categorias de 3 a 8.

Dor C

Tabela 17 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor C, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	0	0,0	2	7,7	2	5,1	0	0,0	2	3,4
2	1	7,7	4	15,4	5	12,8	2	10,0	7	11,9
3	0	0,0	4	15,4	4	10,3	4	20,0	8	13,6
4	2	15,4	5	19,2	7	17,9	2	10,0	9	15,3
5	4	30,7	4	15,5	8	20,6	1	5,0	9	15,3
6	0	0,0	0	0,0	0	0.00	7	35,0	7	11,9
7	2	15,4	3	11,5	5	12,8	2	10,0	7	11,9
8	2	15,4	2	7,7	4	10,3	0	0,0	4	6,8
9	1	7,7	1	3,8	2	5,1	0	0,0	2	3,4
10	1	7,7	1	3,8	2	5,1	2	10,0	4	6,8
Sem Dor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	13	100,0	26	100,0	39	100,0	20	100,0	59	100.0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A maior concentração na intensidade da dor C está nos graus 3-8

- Qual a periodicidade?

Dor A

Tabela 18 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor A, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 – constante	13	34,2	44	63,8	57	53,3	62	50,8	119	52,0
2 – 1 a 3 x por semana…	0	0,0	2	2,9	2	1,9	13	10,7	15	6,6
3 – ocasional	10	26,3	12	17,4	22	20,6	19	15,6	41	17,9
4 – rara	1	2,6	3	4,4	4	3,7	2	1,6	6	2,6
5 – situações físicas	10	26,3	7	10,1	17	15,9	17	13,9	34	14,8
6 – horários específicos	2	5,3	0	0,0	2	1,9	5	4,1	7	3,1
7 – situações emocionais	2	5,3	1	1,4	3	2,7	4	3,3	7	3,1
Total	38	100,0	69	100,0	107	100,0	122	100,0	229	100,0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – Quanto à periodicidade da dor A, temos que as mais freqüentes são as dores constantes, crônicas seguidas das ocasionais e das que acontecem em situações de desempenho físico específico.

Dor B

Tabela 19 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor B, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 – constante	8	40,0	19	43,2	27	42,2	17	30,9	44	37.0
2 - 1,2 ou 3x por semana…	2	10,0	7	15,9	9	14,0	5	9,1	14	11,0
3 – ocasional	6	30,0	4	9,1	10	15,0	11	20,0	21	17.6
4 – rara	0	0,0	3	6,8	3	4,7	2	3,6	5	4,2
5 - situações físicas	3	20,0	10	22,7	14	20,9	13	23,7	27	22.7
6 – horários específicos	0	0,0	1	2,3	1	1,6	2	3,6	3	2.5
7 – situações emocionais	0	0,0	0	0,0	1	1,6	5	9,1	6	5,0
Total	20	100,0	44	100,0	64	100,0	55	100,0	119	100.0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – Também na dor B, temos que as mais freqüentes são as dores constantes, crônicas seguidas das ocasionais e das que acontecem em situações específicas de desempenho físico.

Dor C

Tabela 20 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor C, antes do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 – constante	5	38,4	6	33,3	11	35,5	7	36,9	18	36.0
2 - 1,2 ou 3x por semana	1	7,7	4	22,2	5	16,1	2	10,5	7	14.0
3 – ocasional	3	23,1	6	33,3	9	29,0	3	15,8	12	24.0
4 – rara	0	0,0	2	11,2	2	6,5	2	10,5	4	8.0
5 – situações físicas	3	23,1	0	0,0	3	9,7	3	15,8	6	12.0
6 - horários específicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 – situações emocionais	1	7,7	0	0,0	1	3,2	2	10,5	3	6,0
Total	13	100,0	18	100,0	31	100,0	19	100,0	50	100.0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA– Também na dor C, notamos a mesma tendência, sendo as mais freqüentes as dores constantes, crônicas seguidas das ocasionais e das que acontecem em situações específicas de desempenho físico.

Comentários sobre o tempo que têm as Dores A, B e C nas três amostras – As dores relatadas são, na maior parte, dores constantes, seguidas de dores ocasionais e de dores que acontecem em situações físicas específicas.

Comentários Gerais

Nota-se que a freqüência de dores nas costas é grande, e que dores nas torácicas é pequena em relação às outras dores nas costas (cervical, lombar). Existe uma referência inespecífica de dores nas costas que pode estar congregando dados que seriam classificados nas dores torácicas, explicando assim esta ausência.

Nos dados sobre as dores no pescoço, é de se notar que na Escola EUA houve poucas respostas em relação dores nas cervicais. Porém, na categoria ombros/pescoço, que se refere em inglês *shoulder/neck* houve muitas respostas. É de se supor que os americanos digam *neck*

para dores cervicais, apontando para variáveis que devem ser consideradas na formulação das perguntas em inglês e na tabulação dos resultados.

Mais uma vez a categorização das respostas oferece dificuldade e necessita de parâmetros bastante definidos. Na tabulação dos dados, houve perda de informações por esta razão.

Além das localizações na coluna, a categoria ombro/pescoço também não está clara no Brasil e no NAPER. Por serem áreas de transição anatômica, a localização exata da dor não está clara.

As categorizações seguiram critérios de importância para a ciência e para a prática do Rolfing e levou-se em conta a freqüência obtida. À medida que as amostras cresçam, teremos, então, mais possibilidades de tratamento estatístico.

Valor da Pergunta

A pesquisa da presença, localização, periodicidade, intensidade e o tempo que estão presentes ***dores físicas***, traz, antes de mais nada, dados sobre a condição de vida do cliente e sobre a Qualidade de Vida dele. São pistas para avaliação de seu estado de saúde. Este levantamento pode trazer importantes informações que ajudarão na conduta a ser adotada, e levantar se existe contra-indicação ao trabalho. As respostas a esta pergunta também podem oferecer possibilidades de se fazer pontes entre estas sensações e o estado emocional vivenciados pelos clientes em decorrência delas. Pode-se levantar suas atitudes no que se refere a como eles lidam com elas e o que as geram. Podem também sugerir associações e hipóteses sobre seu desenvolvimento.

As dores que um cliente tem podem influir na organização estrutural, no movimento, na estabilidade emocional e espiritual da pessoa. Seu mapeamento é importante para a prática do Rolfing.

Sua compreensão pode trazer informações tópicas e também mais referenciais sobre a pessoa e sobre seu corpo, e como estas dores se relacionam com a Integração Estrutural e Funcional do cliente permitem fazer pontes entre as dimensões psicobiológicas e físicas das pessoas.

A intensidade da dor pode trazer-nos dados sobre os casos mais extremos

- Já passou por alguma cirurgia ?

Tabela 21 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que já passaram por cirurgia.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	26	53,1	46	51,1	72	51,8	395	58,9	467	57.7
Não	23	46,9	44	48,9	67	48,2	276	41,1	343	42.3
Total	49	100,0	90	100,0	139	100,0	671	100,0	810	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas - Quanto a terem se submetido a práticas cirúrgicas ou não, não são significativas as diferenças entre os grupos que responderam que "sim" e os que responderam que "não". Também não é significativa esta diferença se compararmos as respostas apresentadas entre as Escolas BR e EUA, e entre o TOTAL das escolas e o NAPER.

- Já fez cirurgia plástica ?

Tabela 22 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que já fizeram cirurgia plástica.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	4	9,1	8	9,2	12	9,2	105	16,7	117	15.4
Não	40	90,9	79	90,8	119	90,8	524	83,3	643	84.6
Total	44	100,0	87	100,0	131	100,0	629	100,0	760	100

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas - A diferença entre quem não fez cirurgia plástica e quem o fez é significativa nos 3 grupos estudados (p=0,000), sendo que a maioria não fez cirurgia plástica.

Não é significativa a diferença entre os grupos das Escolas BR e EUA nesta resposta, mas entre o NAPER e o TOTAL das ESCOLAS existe uma diferença significativa (p=0,01), sendo que o grupo do NAPER se submeteu a mais cirurgias plásticas.

Comentários

A resposta às perguntas não apontou diferenças significativas entre as amostras isoladamente, porém, quando comparados os grupos dos clientes de classe das Escolas e os do NAPER, houve diferença significativa (p=0,017), que pode ser explorada, utilizando-se o potencial de pesquisa incluído nesta observação.

Valor da pergunta

As cirurgias por que passou o cliente trazem informações sobre o tecido (cortes, cicatrizes, etc.) no nível miofascial e levantam dados sobre a organização subjacente do tecido e sua possível influência na organização da estrutura e do movimento na gravidade. Freqüentemente, o procedimento cirúrgico e analgésico são acompanhados por traumas que se refletem no funcionamento do SNA e que merecem considerações técnicas e clínicas particulares. A especificação da pesquisa sobre cirurgias plásticas, além dos fatores ligados à dimensão física pertinentes ao fato, podem trazer dados sobre as dimensões psicobiológicas associadas, tais como imagem do corpo, valores subjetivos e crenças culturais internalizadas.

- Está submetendo-se a algum outro tipo de tratamento ?

Tabela 23 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que estão se submetendo a algum outro tipo de tratamento.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	21	43,7	27	32,1	48	36,4	219	32,9	267	33.5
Não	27	56,3	57	67,9	84	63,6	447	67,1	531	66.5
Total	48	100,0	84	100,0	132	100,0	666	100,0	798	100

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas - É significativa a diferença entre os grupos que responderam que “não” ou “sim” no Total Geral das amostras, sendo significativa esta diferença no NAPER e na Escola EUA, p=0,000 A maioria dos clientes de todos os grupos não está subentendo-se a outros tratamentos. Na escola BR, a tendência é a mesma, mas a diferença não é significativa. As diferenças encontradas na comparação entre o NAPER e o Total das Escolas não são significativas.

- Está tomando algum tipo se medicamento?

Tabela 24 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que estão tomando algum tipo de medicamento.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	31	67,4	26	29,9	57	42,9	321	51,5	378	50.0
Não	15	32,6	61	70,1	76	57,1	302	48,5	378	50.0
Total	46	100,0	87	100,0	133	100,0	623	100,0	756	100.0

- Quais ?

Tabela 25 Freqüências e porcentagens relativas dos tipos de medicamento que os clientes das diferentes amostras que tomam medicamentos estão usando.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alopático	14	48,3	18	81,8	32	62,7	109	76,8	141	73.1
Alternativo	12	41,4	4	18,2	16	31,4	24	16,9	40	20.7
Ambos	3	10,3	0	0,00	3	5,9	9	6,3	12	6.2
Total	29	100,0	22	100,0	51	100,0	142	100,0	193	100.0

Total Geral – No conjunto das amostras**,** o grupo dos que estão tomando remédios equivale ao grupo dos que não estão tomando. Quando tomam, o grupo que usa remédios alopáticos é significativamente maior que os que tomam medicação alternativa ou que combinam ambas as formas (p=0,000).

NAPER – O grupo dos que estão tomando remédios equivale ao grupo dos que não estão tomando. Se tomam, o grupo que toma remédios alopáticos é significativamente maior (p=0,000) que os que tomam medicação alternativa ou que combinam ambas as formas.

Escola BR - O grupo que toma remédios é significativamente maior que os que não tomam (p=0,018), e, quando tomam, dividem-se igualmente entre medicação alternativa ou alopática, sendo que estes grupos isoladamente são maiores que os que combinam os diferentes tipos de medicação.

Escola EUA – O grupo dos que estão tomando remédios equivale ao grupo dos que não estão tomando. Quando os utilizam, o grupo que toma remédios alopáticos é significativamente maior, p=0,000 que os que tomam remédios alternativos ou que combinam as duas modalidades.

Esta amostra de clientes não mistura medicações.

Comparações entre Escola BR com Escola EUA - Na pesquisa sobre o uso de medicamentos, notamos que existe comportamento inverso entre os clientes das duas escolas: os brasileiros tomam significativamente mais remédios que os americanos (p=0,000).

A população da Escola BR se distribui pelas categorias alopático/alternativo medicamentos alopáticos, não apresentando diferença significativa entre estas categorias, enquanto que à da Escola EUA toma mais remédios alopáticos (p=0,000). Comparando-se estas amostras quanto à medicação que tomam, é significativa a diferença (p=0,036).

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - O comportamento da amostra do NAPER é semelhante ao do Total das Escolas.

É importante, porém considerar que existe uma diferença entre as amostras dos clientes das Escolas BR e EUA.

Os clientes da Escola BR usam mais medicamentos que os da Escola EUA e que os do NAPER, e a população se distribuiu pelas categorias alopática e alternativa quase igualmente.

Quando tomam remédios, os clientes da Escola EUA o fazem mais alopaticamente, assim como os clientes do NAPER, apresentando uma diferença entre o uso de medicação alopática e alternativa.

Comentários

A pergunta trouxe respostas e apontou a mesma tendência entre as diferentes amostras, porém em proporções bastante diferentes.

Valor da Pergunta

Quanto à pesquisa sobre ***tratamentos*** a que um se submete, como isto está acontecendo e a utilização ou não de ***medicamentos*** mais uma vez trazem dados que podem interferir na indicação ou não de Rolfing e no planejamento e andamento do processo do ponto de vista estratégico e tático.

Esta pergunta abre uma ponte para a verificação da forma como a pessoa conduz sua saúde, o paradigma que segue e sua visão em relação a ela. Abre também caminho para a verificação do uso de medicamentos psicotrópicos, que discutiremos a seguir.

- Investigação Geral no que se refere à saúde física e emocional

Esta é uma pergunta de múltipla escolha que se inicia, pesquisando se a pessoa tem ou não alguma doença e, depois, para os que responderam “Sim” se faz um inventário das diferentes doenças.

Tabela 26 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras que relatam apresentar alguma doença.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	16	30,8	37	40,7	53	37,1	68	10,6	121	15.5
Não	36	69,2	54	59,3	90	62,9	572	89,4	662	84.5
Total	52	100,0	91	100,0	143	100,0	640	100,0	783	100.0

Tabela 27 Freqüências e porcentagens relativas das doenças reportadas pelos clientes das diferentes amostras que relataram ter alguma doença.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Lordose lombar	2	5,6	11	20,4	13	14,4	26	4,5	39	5,9
Retif. Cervical	5	13,9	3	5,6	8	8,9	9	1,6	17	2,6
Cifose	5	13,9	2	3,7	7	7,8	25	4,4	32	4,8
Escoliose	7	19,4	8	14,8	15	16,7	154	26,9	169	25.5
Artrite	0	0,0	9	16,6	9	10,0	33	5,8	42	6.3
Artrose	1	2,8	1	1,9	2	2,2	17	3,0	19	2.9
Fibromialgia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	1,9	11	1.7
Reumatismo	2	5,6	0	0,0	2	2,2	21	3,7	23	3.5
Osteoporose	2	5,6	2	3,7	4	4,4	17	3,0	21	3.2
Varizes	9	25,0	7	13,0	16	17,8	21	3,7	37	5,6
Circulatórias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	4,4	25	3,8
Pressão arterial	4	11,1	1	1,9	5	5,6	56	9,8	61	9.2
Dist. Gastro-Int.	8	22,2	10	18,5	18	20	144	25,2	162	24,5
Labirintite	2	5,6	4	7,4	6	6,7	12	2,1	18	2.7
Dor de Cabeça	12	33,3	16	29,6	28	31,1	172	30,1	200	30.2
Viróticas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,1	8	1,1
Insônia	11	30,6	12	22,2	23	25,6	147	25,7	170	25.7
Ansiedade/Ang.	17	47,2	13	24,1	30	33,3	327	57,2	357	53.9
Depressão	9	25,0	10	18,5	19	21,1	173	30,2	192	29.0
Distúrbios Em.	2	5,6	2	3,7	4	4,4	9	1,6	13	2.0
Dependência Quí.	1	2,8	1	1,9	2	2,2	10	1,7	12	1.8
Dores na coluna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	253	44,2	253	38,2
Bursite/tendinite	0	0,0	0	0,0	0	0,0	87	15,2	87	13,1
Visão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	4,4	25	3.8
Audição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	5,9	34	5.1
Alergias	2	5,6	0	0,0	2	1,3	166	29,0	168	25.4
Dist. Derm.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	12,1	69	10.4
Dist Resp.	0	0,0	3	5,6	3	3,3	65	11,4	68	10,3
Sinusite	5	13,9	1	1,9	6	6,7	108	18,9	114	17.2
Outras doenças	17	47,2	14	25,9	31	34,5	49	8,6	80	12,1

Total Geral - O grupo que relata ter alguma doença é significativamente maior que os que relatam não ter doenças (p=0,000).

NAPER – O grupo que relata ter alguma doença é significativamente maior que os que relatam não ter doenças (p=0,000).

Escola BR – O grupo que relata ter alguma doença é significativamente maior que o grupo que relata não ter doenças (p=0,006).

Escola EUA – O grupo que relata ter alguma doença é maior que o que não relata ter doenças, porém a diferença entre eles não é significativa.

Comparações entre Escola BR com Escola EUA - Não é significativa a diferença entre os grupos dos que relatam ter ou não ter doenças entre as Escolas BR e EUA.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - A população que procurou o NAPER apresentava mais doenças que o TOTAL das Escolas e que cada escola em particular (p=0,000) .

No tocante ao tipo de doenças apresentadas, há de se observar as comparações entre as escolas.

Comparações Escola BR com Escola EUA - Houve poucas diferenças significativas entre os grupos das Escolas BR e EUA, sendo que nestas diferenças todas apresentaram maior incidência no Brasil: artrite (p=0,008), ansiedade (p=0,020), rinite (p=0,036), outras (0,032).

As doenças relatadas em “outras” não merecem destaque, uma vez que são uma grande variedade e sua incidência está distribuída uniformemente, pulverizadas entre elas.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Na comparação entre as respostas apresentadas no TOTAL das Escolas e pelo NAPER, as doenças, relatadas a seguir, apresentaram probabilidade de ocorrência significante em relação à média, com maior probabilidade de incidência no Total das Escolas:

- retificação cervical; hiperlordose lombar; varizes; p=0,001;
- sinusite, p=0,002;
- labirintite com p=0,013;
- e, as seguintes doenças com maior probabilidade de incidência no NAPER:
- escoliose, p=0,03;
- dores de coluna; distúrbios de audição,p=0,018;
- distúrbios de visão e circulatórios com p=0,024;
- respiratórios p=0,010;
- rinite, ansiedade; alergias, dermatológicos e bursite com p=0,000.

No conjunto, chama atenção a incidência entre os que relataram ter alguma doença (relatadas em percentagem, na seguinte ordem: BR, EUA e NAPER):

- ansiedade/agitação, (47,2; 24,1; 57,2%);
- depressão (25,0; 18,5; 30,2%);
- distúrbio gastrintestinal (22,2; 18,5; 25,2%);
- insônia (30,6; 22,2; 25,7 %);
- dor de cabeça (33,3; 29,6; 30,1%).

Comentários

Encontraram-se diferenças nas amostras quanto às doenças de que os clientes padecem, o que talvez possa ser explicado pelo fato de que, nas Escolas, existe um recrutamento de clientes para os cursos, enquanto que, no NAPER, a procura é espontânea. Pudemos também observar diferenças entre os principais tipos de doenças apresentados nas diferentes amostras.

Valor da Pergunta

A Investigação Geral acontece no caso de a pessoa dizer que tem alguma doença. Deve seguir o curso da entrevista e ser desenvolvida a medida que as hipóteses surgirem. Permite investigar doenças específicas bem como investigar sistemas fisiológicos e psíquicos e suas relações entre si, fornecendo dados para investigações, permitindo a elaboração de pontes entre as dimensões somáticas e psicobiológicas.

Estes dados podem ser usados para a identificação da população que procura Rolfing, para a verificação do efeito do Rolfing nos diferentes quadros e para, então, sugerir áreas de pesquisa e aplicação clínica.

- Já ficou grávida ?

Tabela 28 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras que relataram ter ficado grávidas.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	16	55,2	22	48,9	38	51,4	203	47,2	241	47.8
Não	13	44,8	23	51,1	36	48,6	227	52,8	263	52.2
Total	29	100,0	45	100,0	74	100,0	430	100,0	504	100.0

Total Geral e Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - No conjunto e isoladamente, as amostras se equivalem quanto às repostas a esta questão, assim como as respostas à questão, não sendo significativa a diferença entre elas.

- Tipos de parto:

Tabela 29 Freqüências e porcentagens relativas referentes aos tipos de parto relatados pelas clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	10	62,4	10	52,6	20	57,1	49	26,5	69	31,4
Cesariana	4	25,0	2	10,5	6	17,1	82	44,3	88	40,0
Normal+Cesárea	1	6,3	0	0,0	1	2,9	17	9,2	18	8,2
Aborto	1	6,3	4	21,0	5	14,3	22	11,9	27	12,3
Outros	0	0,0	3	15,9	3	8,6	15	8,1	18	8,2
Total	16	100,0	19	100,0	35	100,0	185	100,0	220	100,0

Total Geral – No conjunto destas amostras, a maior parte dos partos foi cesariana.

NAPER – A maior parte dos partos foi cesariana.

Escola Br – A maior parte dos partos foi Normal.

Escola EUA - A maior parte dos partos foi Normal.

Comparações entre as Escolas BR e EUA - As amostras não diferem quanto ao tipo de partos realizados, sendo a maior parte partos normais seguidos por cesarianas.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Notamos que no NAPER houve menos partos normais, mais cesarianas que nas amostras do Total das Escolas, e que houve um maior número de abortos entre os clientes da Escola EUA que nos da Escola BR e no grupo dos clientes do NAPER .

- Usa DIU ?

Tabela 30 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a se usam DIU.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	0	0,0	2	5,3	2	3,3	14	3,1	16	3.2
Não	22	100,0	36	94,7	58	96,7	433	96,9	491	96.8
Total	22	100,0	38	100,0	60	100,0	447	100,0	507	100.0

Total Geral, e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas-

É significativa a diferença, p=0,000 entre as pessoas que não usam DIU e às que usam em todas as amostras e na comparação entre elas.

Comentários

Como as amostras têm N muito diferente nestas questões, e, por ser baixo nas escolas, o dado fornecido pela análise do Total Geral pende para reproduzir o resultado do NAPER. Seria necessário verificar se se mantém com um N maior a diferença entre as amostras das escolas e do NAPER.

Valor da Pergunta

Gravidez e tipo de parto trazem informações sobre cirurgias e eventualmente experiências psicobiológicas a elas conectadas. Saber se a pessoa usa ou não ***DIU*** pode dirigir o tipo de toque a ser utilizado no trabalho com o espaço visceral.

Uma vez que já existem nos dados de identificação dos sujeitos perguntas sobre se a pessoa tem ou não filhos parece redundante esta pergunta, e o tipo de parto por que passou pode ser investigado só para pessoas que mostraram problemas com eles. Se a pessoa usa DIU ou não, pode ser perguntado no momento da definição de técnicas a serem empregadas na manipulação visceral.

ESTADO EMOCIONAL

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

Esta era uma pergunta aberta, que foi tabulada posteriormente.

Tabela 31 Freqüências e porcentagens relativas a como os clientes das diferentes amostras reportam sentirem-se emocionalmente antes do processo de Rolfing.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ótimo	0	0,0	1	1,4	1	0,8	6	5,1	7	3.0
Bom/Bem	14	31,8	52	70,4	66	55,9	47	39,8	113	47.9
Regular, +/-	18	40,9	15	20,3	33	28,0	29	24,6	62	26.3
Ruim/mal	12	27,3	6	8,1	18	15,3	35	29,7	53	22.5
Péssimo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0.4
Total	44	100,0	74	100,0	118	100,0	118	100,0	236	100.0

Total Geral – No conjunto**,** maior parte dos clientes se sente bem emocionalmente antes do processo, seguidos pelos que se sentem regular e depois pelos que se sentem mal .

NAPER – A maior parte dos clientes diz se sentir bem emocionalmente antes do processo de Rolfing, seguidas por ruim e mal e, logo após por regular. Existe diferença significativa entre as respostas (p=0,000) . A diferença é maior no que se refere às categorias extremas, “ótimo” e “péssimo” em relação às três outras na distribuição das respostas.

Escola BR – A maioria dos clientes se sente regular,+/- seguidos por bom/bem e depois por ruim, mal. A diferença entre estes dois grupos não é significativa ou porcentualmente grande, porém são porcentualmente grandes em relação às categorias extremas, onde não houve incidência de nenhum caso.

Escola EUA – As respostas à categoria Bom/Bem foram significativamente maiores (p=0,000) que às dos outros grupos de respostas.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – Existem diferenças significativas entre estes dois grupos em relação à como se sentem emocionalmente antes do processo (p=0,000), sendo que os clientes da Escola EUA relatam se sentirem melhor que os da Escola BR).

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Aqui temos diferenças significativa entre as diversas amostras. Tanto entre as Escolas BR e EUA, sendo que os clientes da Escola EUA se sentem melhor emocionalmente que os da Escola BR, e entre o Total das Escolas e os clientes do NAPER, sendo que estes se equivalem aos da Escola BR.

Os clientes da Escola EUA são os que dizem que se sentem melhor emocionalmente.

Comentários

Obtivemos muitas respostas Bem, que não nos dá clareza de até que ponto isto é uma resposta real sobre o estado emocional da pessoa ou se uma pergunta assim direta gera um comportamento de esquiva ante ela, ou mesmo se não conduz a pessoa a uma reflexão sobre seu estado emocional.talvez a pergunta precisasse ser mais “indireta”, colher dados através de outras informações

Valor da pergunta

O objetivo desta pergunta é verificar a percepção do cliente de seu ***estado emocional***. É uma pergunta direta e aberta, quantificada *a posteriori*. Foi colocada pela necessidade de se investigar a dimensão psicobiológicas através desta perspectiva e eventualmente se fazer pontes entre esta resposta e à realidade somática, estrutural e funcionalmente.

A quantificação dela seguiu categorias emergentes nas respostas.

Ela sugere uma comparação entre antes e depois do processo e fornece elementos para pesquisa sobre esta dimensão em rolfing.

- Você está fazendo psicoterapia ?

Tabela 32 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a estarem fazendo psicoterapia.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	9	18,7	16	18,4	25	18,5	136	20,8	161	20.4
Não	39	81,3	71	81,6	110	81,5	519	79,2	629	79.6
Total	48	100,0	87	100,0	135	100,0	655	100,0	790	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas - A maioria dos clientes não está fazendo psicoterapia, sendo significativa a diferença, p=0,000 entre os grupos dos que fazem e não fazem psicoterapia. As amostras isoladamente também não diferem quanto a este fator, sendo significativa a diferença entre as respostas Sim e Não, p=0,000 e não sendo significativa a diferença entre as Escolas BR e EUA e entre o Total das Escolas e os clientes do NAPER.

- Há quanto tempo ? (em meses)

Tabela 33 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras que fazem psicoterapia quanto ao tempo que o fazem.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ate 12	2	28,6	6	54,5	8	44,4	29	30,7	37	33.2
De 13 a 24	1	14,3	2	18,2	3	16,6	21	22,4	24	21.3
De 25 a 60	1	14,3	1	9,1	2	11,1	27	28,8	29	25.7
Mais de 61	3	42,8	2	18,2	5	27,9	17	18,1	22	19.7
Total	7	100,0	11	100,0	18	100,0	94	100,0	112	100.0

Total Geral – No conjunto das amostras, os clientes estão distribuídos entre as diferentes categorias, sendo que a maior parte, 33,2%, o faz até um ano; 19,7%, há mais de cinco.

NAPER – A amostra dos clientes do NAPER está distribuída pelas diferentes categorias.

Escola BR - Neste grupo, a maioria dos que fazem psicoterapia ou o fazem até um ano ou mais de 5 anos.

Escola EUA – A mesma tendência é observada, porém a maioria o faz até um ano.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA - Existe uma tendência às categorias extremas (até um ano e mais que cinco anos) em relação às medianas (de um a cinco anos) revelada pelas porcentagens observadas, porém, na direção inversa, sendo que na amostra da Escola EUA a categoria com maior freqüência é a dos que fazem psicoterapia a menos de um ano, enquanto que na Escola BR a concentração é na categoria dos que o fazem há mais de 5 anos.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - A amostra do NAPER está mais distribuída pelas diferentes categorias que pelo TOTAL das Escolas ou de cada Escola isoladamente, quanto ao tempo que os clientes que fazem psicoterapia.

- Já fez Psicoterapia ?

Tabela 34 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a terem feito psicoterapia.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	19	50,0	33	43,4	52	45,6	239	36,9	291	38.2
Não	19	50,0	43	56,6	62	54,4	408	63,1	470	61.8
Total	38	100,0	76	100,0	114	100,0	647	100	761	100.0

Total Geral – No conjunto das amostras**,** o grupo dos que não fizeram psicoterapia é significativamente maior p=0,000 dos que os que já fizeram.

NAPER – O grupo que já fez psicoterapia é significantemente maior, p=0,000, que o grupo que não o fez.

Escola BR – Os grupos dos que já fizeram e dos que não fizeram psicoterapia se equivalem.

Escola EUA – Os grupos dos que já fizeram e dos que não fizeram psicoterapia se equivalem, não sendo significativa sua diferença.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA - Os grupos dos que já fizeram e dos que não fizeram psicoterapia se equivale, não sendo significativa sua diferença.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Os grupos dos clientes do NAPER e do TOTAL das Escolas se equivale, não sendo significativa sua diferença quanto å já terem feito psicoterapia ou não.

- Por quanto tempo ? (em meses)

Tabela 35 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras que fizeram psicoterapia quanto ao tempo que o fizeram.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ate 12	10	62,6	9	42,8	19	51,3	64	37,3	83	39.9
De 13 a 24	3	18,7	4	19,0	7	18,9	29	17,0	36	17.3
De 25 a 60	3	18,7	2	9,5	4	10,9	55	32,1	59	28.3
Mais de 61	0	0,0	6	28,7	7	18,9	23	13,6	30	14.5
Total	16	100,0	21	100,0	37	100,0	171	100,0	208	100.0

Total Geral – No conjunto das amostras, a maioria fez psicoterapia até um ano, seguidos dos que o fazem entre dois e cinco anos.

NAPER – Entre os clientes do NAPER, a maioria dos que fizeram psicoterapia, o fizeram por até 12 meses, seguidos por aqueles que o fizeram entre 25 e 60 meses.

Escola BR - A maioria dos que fizeram psicoterapia o fez por até um ano.

Escola EUA – A maioria dos que fizeram, o fizeram por até 12 meses, swendo este um grupo maior que os demais.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – Em ambas as Escolas, a maior freqüência de foi até um ano.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - As amostras não diferem significativamente quanto a esta prática no passado ou no presente, (sendo que os cliente da Escola americana fazem psicoterapia há menos tempo que os da brasileira e os do NAPER). Entre os alunos da Escola BR, existe um grupo que faz terapia há mais tempo que os demais.

Os clientes do NAPER estão distribuídos mais uniformemente quanto ao tempo que fazem ou fizeram psicoterapia. .

Comentários

As perguntas trouxeram respostas quanto aos aspectos pesquisados.

- Você utiliza medicamento psicotrópico ?

Tabela 36 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto à utilização de medicamentos psicotrópicos.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	12	29,3	12	18,7	24	22,9	88	14,6	112	15.8
Não	29	70,7	52	81,3	81	77,1	514	85,4	595	84.2
Total	41	100,0	64	100,0	105	100,0	602	100,0	707	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas
No conjunto das amostras, o grupo dos clientes que tomam psicotrópicos é significativamente menor que o dos que não o fazem , p=0,000.

Os clientes do NAPER tomam menos medicamentos psicotrópicos em relação ao conjunto dos clientes das Escolas (p=0,027), sendo que os clientes de alunos da Escola BR tomam mais que os da Escola EUA, porém a diferença entre estes dois grupos não é significativa.

Valor das Perguntas

Esta série de perguntas investiga o interesse/necessidade da pessoa quanto à exploração de sua dimensão emocional. Assume-se que quem fez ou faz psicoterapia está mais aberto ou tem mais experiência em investigar e perceber conexões físico/emocionais e, eventualmente, mais abertos a perguntar sobre esta perspectiva.

Fazer, ter feito ou não ***Psicoterapia*** e por quanto ***tempo*** pode trazer informações sobre os interesses do cliente quanto a variáveis não físicas, sua abertura para estas dimensões, linguagem e, sobretudo, abre espaço no contato para se lidar verbalmente com esta dimensão, a emocional. Também forneceria dados para, na relação terapêutica durante o processo, se fazer pontes entre as diferentes dimensões do ser.

Como está o equilíbrio psicológico e o uso de ***psicotrópicos*** assim como o uso ou não de medicação, precisam ser investigados para eventualmente se regular o processo, e o valor desta pergunta recai na necessidade de se ter esta informação.

QUALIDADE DE VIDA

- Faz alguma atividade Física ?

Tabela 37 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto à realização de alguma atividade física.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	31	63,3	70	89,7	101	79,5	399	60,8	500	63.9
Não	18	36,7	8	10,3	26	20,5	257	39,2	283	36.1
Total	49	100,0	78	100,0	127	100,0	656	100,0	783	100.0

Total Geral – o grupo que faz alguma atividade física é significativamente maior do que aquele que não o faz, p=0,000.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA - Os clientes de classe da Escola EUA fazem significativamente mais atividades física que os clientes da Escola BR, p=0,000.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Em todas as amostras, a maior parte dos clientes faz alguma atividade física, sendo significativa esta diferença (p=0,000). Só não é significativa a diferença entre o grupo que faz atividades físicas e o dos que não o fazem nos clientes de classe da Escola BR, porém existe esta tendência. O grupo de clientes da Escola EUA faz mais atividades físicas que os demais.

-Atividades físicas mais freqüentemente praticadas

Foram computadas todas as atividades mencionadas pelos clientes. As percentagens se referem à quantidade relativa entre a atividade mencionada e o total de atividades mencionadas. Cada pessoa pode ter tido mais de uma referência nesta escala.

Tabela 38 Freqüências e porcentagens relativas às diferentes atividades físicas praticadas pelos clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Caminhada	8	18,2	20	13,0	28	14,4	134	24,1	162	21,6
Musculação	2	4,5	13	9,0	15	7,7	55	9,9	70	9,3
Ginástica	3	6,8	13	0,0	16	8,2	34	6,1	50	6,7
Yoga	2	4,5	17	11,0	19	9,7	35	6,3	54	7,2
Natação	2	4,5	10	9,0	12	6,2	48	8,6	60	8,0
Corrida/Jogging	1	2,3	12	10,0	13	6,7	32	5,8	45	6,0
Bicicleta/Spinning	2	4,5	26	17,0	28	14,4	21	3,8	49	6,5
Alongamento	2	4,5	0	0,0	2	1,0	23	4,1	25	3,3
Artes Marciais	2	4,5	4	4,0	6	3,1	11	2,0	17	2,3
Tai Chi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,9	5	0,7
Dança	3	6,8	4	3,0	7	3,6	32	5,8	39	5,2
Futebol	4	9,1	3	2,0	7	3,6	24	4,3	31	4,1
Pilates	1	2,3	2	1,0	3	1,5	6	1,1	9	1,2
Tênis/Squash	1	2,3	1	1,0	2	1,0	13	2,3	15	2,0
Aeróbica	1	2,3	1	1,0	2	1,0	11	2,0	13	1,7
Hidroginástica	2	4,5	0	0,0	2	1,0	25	4,5	27	3,6
Educ. Física Escola	2	4,5	0	0,0	2	1,0	4	0,7	6	0,8
Surf/windsurfe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	1,8	10	1,3
Basquete	0	0,0	4	3,0	4	2,1	4	0,7	8	1,1
Ginástica Olímpica	0	0,0	0	1,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
Liang going	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7	4	0,5
Circo/Acrobacias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7	4	0,5
Capoeira	1	2,3	1	1,0	2	1,0	5	0,9	7	0,9
Bio Dança	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7	4	0,5
Esportes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Abdominal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
Velejar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
Golfe	0	0,0	0	2,0	0	0,0	2	0,4	2	0,3
Vôlei	3	6,8	0	1,0	3	1,5	2	0,4	5	0,7
Montanhismo	0	0,0	10	9,0	10	5,1	0	0,0	10	1,3
Snow Board	0	0,0	4	3,0	4	2,1	0	0,0	4	0,5
Antiginástica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros	2	4,5	6	1,0	8	4,1	1	0,2	9	1,2
Total	44	100,0	151	100,0	1955	100,0	5566	100,0	751	100,0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas- Caminhada e Ginástica/musculação são as atividades mais desempenhadas por todos os grupos de clientes. Na Escola EUA, existe uma freqüência maior de pessoas que fazem bicicleta e corrida.

- Freqüência com que fazem atividade física

Tabela 39 Freqüências e porcentagens relativas à freqüência com que os clientes das diferentes amostras relataram fazer atividades físicas.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1x semana	2	8,0	1	1,7	3	3,6	14	5,9	17	5.3
2x semana	11	44,0	3	5,2	14	16,9	65	27,2	79	24.5
3x semana	4	16,0	16	27,6	20	24,1	64	26,8	84	26.1
4x semana	1	4,0	7	12,1	8	9,6	23	9,6	31	9.6
5+x semana	7	28,0	31	53,4	38	45,8	73	30,5	111	34.5
Total	25	100,0	58	100,0	83	100,0	239	100,0	322	100.0

Total Geral - A maior parte dos clientes que fazem atividade física o fazem 5 vezes por semana, seguidos dos que o fazem três e duas vezes.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - Quanto a esta questão, as diferenças são significativas em relação à população da Escola EUA, que pratica mais atividades físicas mais freqüentemente tanto em relação às escolas BR como em relação aos clientes do NAPER. e das escolas.

Porém a população que procura Rolfing mostra interesse por atividade física em geral (% acima de 50%) e, com freqüência alta (5 ou mais vezes por semana com 28, 53,4 e 30,5 % respectivamente), que corresponde a 44,2; 59,0 e 50,16% da população total de cada amostra, sendo a "caminhada", natação e ginástica são as atividades mais mencionadas pelos três grupos".

Comentários

As respostas a esta pergunta mostraram diferenças entre as amostras e, portanto, trouxeram informações que podem auxiliar na atividade clínica e de pesquisa. Estas diferenças podem ter aparecido por serem as amostras cultural e geograficamente diferentes.

Existem também diferenças relativas à língua em que a pergunta foi feita, sendo que podem haver diferenças nas traduções de “ginástica”.

As classes que ocorrem em Boulder recrutam clientes que fazem parte da cultura local e que tem muita atividade física e vida ao ar livre.

As repostas a esta série de perguntas não informa sobre o tipo de atividade física do cliente no seu cotidiano.

Valor da Pergunta

O levantamento de que a pessoa faz ou não alguma *atividade física*, quais e com que freqüência visam a trazer informações sobre como a pessoa utiliza seu corpo no cotidiano, sua atitude em relação a movimento. Pode-se utilizar, na estrategização, do trabalho linguagem que seja do universo do cliente, e transpor os conceitos do Rolfing para as atividade do cotidiano do cliente.

- Tem vida sexual ativa?

Tabela 40 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a terem vida sexual ativa.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	17	53,1	27	56,3	44	55,0	96	69,0	140	63.9
Não	8	25,0	11	22,9	19	23,7	39	28,1	58	26.5
Não pesquisado	7	21,9	10	20,8	17	21,3	4	2,9	21	9.6
Total	32	100,0	48	100,0	80	100,0	139	100,0	219	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas

- Entre os clientes pesquisados, nos três grupos, NAPER, Escola BR e Escola EUA, as populações têm significativamente mais vida sexual ativa que não (p=0,000 em todas as amostras pesquisadas).

Aqui, a diferença não é significativa entre o grupo dos clientes das Escolas BR e EUA, enquanto que se comparando o grupo de clientes do NAPER e os do TOTAL das Escolas a diferença é significativa e vai na direção do NAPER, p=0,000, apontando que os clientes do NAPER têm vida sexual mais ativa que os das Escolas.

Os dados referentes à categoria “não pesquisado” são diferentes em relação às Escolas e NAPER, equivalendo-se entre elas, e influindo nos resultados apresentados.

Comentários

Esta pergunta, apesar de opcional, pelo que vimos, foi bastante utilizada sobretudo no NAPER. O contexto de classe, diferenças culturais ou a inexperiência dos alunos podem ser possíveis explicações para os 20% de não pesquisa sobre o tema nas Escolas.

Valor da Pergunta

Quanto à ***atividade sexual*** é uma pergunta opcional por meio da qual buscamos buscar alguma informação sobre a sexualidade do cliente e, eventualmente, fazer pontes em relação ao corpo físico, sua estrutura e movimento.

3.1.2. RELATÓRIO DO CLIENTE

Este questionário foi preenchido pelo cliente, após o processo. Eram perguntas abertas (com exceção da escala de intensidade da dor) e as respostas relatadas abaixo foram quantificadas pelo pesquisador. Extraímos das respostas aos questionários os seguintes dados, que foram organizados nos seguintes subgrupos:

- Objetivos
- Dimensão Física
- Relações Terapêuticas
- Dimensão Emocional/Existencial

Valor da Pergunta

Este questionário proporciona um espaço para que o cliente, ao respondê-lo, reflita sobre si e seu processo, ajudando-o a se apropriar deste. Gera também um espaço para expressão do cliente quanto ao atendimento (instituição e terapeuta).

Tem também como objetivo ajudar no fechamento do processo.

Apresenta valor Institucional no sentido de receber retroinformação sobre o atendimento e fornecer informações para a Escola para se avaliar a formação dos profissionais e seu desempenho.

OBJETIVOS

- Você atingiu seus objetivos?

Esta pergunta aberta foi quantificada posteriormente, utilizando-se as categorias descritas no "Manual para preenchimento dos Questionários do NAPER" (PRADO, 2004a).

Tabela 41 Freqüências e porcentagens relativas dos clientes das diferentes amostras quanto a terem atingido seus objetivos com o processo de Rolfing.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	49	94,3	92	94,8	141	94,7	382	90,7	523	91.8
Não	1	1,9	0	0,0	1	0,8	1	0,3	2	0.4
Parcialmente	2	3,8	5	5,2	7	4,5	38	9	45	7.9
Total	52	100,0	97	100,0	149	100,0	421	100,0	570	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas- É significativa a diferença entre o atingir ou não os objetivos no conjunto das amostras e em todas elas isoladamente (p=0,000). Percentualmente, esta diferença é ainda maior em ambas as escolas.

Comentários

Os questionários foram preenchidos imediatamente após a conclusão do processo. A pergunta trouxe a resposta acima descrita.

O fato de ter sido quantificado pelo pesquisador pode levar a uma interpretação da resposta em algum grau.

Valor da Pergunta

A quantificação da pergunta sobre se atingiu ou não seus ***objetivos*** visa simplificar a leitura da questão. Colocada a seguir da pergunta em que o cliente se remete ao que seriam seus objetivos no início do processo, a resposta a esta questão traz este confronto e ajuda na assimilação, por parte dele, dos resultados percebidos no processo.

DIMENSÃO FÍSICA

Pesquisa sobre dor física:

- Se você tinha dor, qual o local da dor?

As respostas a esta pergunta foram organizadas de acordo com a ordem relatada pelo cliente na Entrevista Inicial. Consideraram-se até três locais de dor para cada cliente.

Foram pesquisados em relação a cada dor mencionada:

- Localização;
- Intensidade;
- Freqüência;
- Periodicidade.

Localização

Quanto à localização, as quatro primeiras categorias descritas se referem a dores nas costas, assim, na apresentação dos resultados, levamos em conta o total de dores nas costas como um todo, coluna/costas, lombar/ciática, torácica, cervical. Portanto o somatório desta categoria bem como sua relação entre si e com o conjunto das dores relatadas.

Dor A

Tabela 42 Freqüências e porcentagens relativas à localização da dor A, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Coluna/Costas	2	6,5	9	15,5	11	12,4	7	10,8	18	11.7
Lombar/ ciática	9	29,0	15	25,9	24	27,0	24	36,9	48	31.2
Torácica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	0.6
Cervical	4	12,9	0	0,0	4	4,5	4	6,2	8	5.2
Ombro/ pescoço	3	9,7	17	29,3	20	22,5	9	13,8	29	18.8
Cintura escapular	1	3,2	2	1,9	3	3,4	4	6,2	7	4.5
Mãos/ pulsos/ dedos	0	0,0	2	3,4	2	2,2	0	0,0	2	1,3
Braço/ cotovelo	1	3,2	0	0,0	1	1,1	3	4,6	4	2,6
Bacia/ quadril	1	3,2	2	3,4	3	3,4	6	9,2	9	5.8
Joelho	3	9,7	3	5,2	6	6,7	2	3,1	8	5.2
Pé/tornozelo/calcanhar	1	3,2	4	6,9	5	5,6	2	3,1	7	4.5
Coxa/ pernas	4	12,9	1	1,7	5	5,6	1	1,5	6	3.9
Dor de cabeça	1	3,2	1	1,7	2	2,2	0	0,0	2	1.3
A.T.M	0	0,0	1	1,7	1	1,1	0	0,0	1	0.6
Dores diversas na cabeça	0	0,0	1	1,7	1	1,1	0	0,0	1	0.6
Diversas	1	3,2	0	0,0	1	1,1	2	3,1	3	1.9
Total	31	100,0	58	100,0	89	100,0	65	100,0	154	100.0

Total Geral - No conjunto das amostras, as dores mais freqüentes são nas costas, representando 48,7% das dores relatadas, sendo que as dores lombares são 64% delas ou 31,2% do total das dores relatadas. São seguidas pelas dores nos ombros, pescoço, que são 18,8% do total de 154 dores relatadas.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA - As dores mais freqüentes são nas costas, 55,4%; 48,4; 41,4 % respectivamente entre os clientes do NAPER e das Escolas BR e EUA. Destas dores relatadas nas costas, 66.6: 59,91; 65,21 % são dores lombares, que, no conjunto geral das dores relatadas, tem 36,9; 29,0 3; 25,9% das dores.

Chamam a atenção os 29,3% de dores no pescoço/ombros relatados pelos clientes da Escola EUA e devemos levar em consideração, possível questão lingüística e cultural na tabulação destas respostas (neck/cervicais). Não obstante, no NAPER, temos 13,8% das dores relatadas, sendo dores de pescoço/ombros.

Dor B

Tabela 43 Freqüências e porcentagens relativas à localização da dor B, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Coluna/Costas	2	12,5	2	5,4	4	7,5	1	4,3	5	6.6
Lombar/ ciática	5	31,3	5	13,5	10	18,9	7	30,4	17	22.4
Torácica	0	0,0	1	2,7	1	1,9	0	0,0	1	1.3
Cervical	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	21,7	5	6.6
Ombro/ pescoço	1	6,3	9	24,3	10	18,9	1	4,3	11	14.5
Cintura Escapular	1	6,3	0	0,0	1	1,9	3	13,0	4	5.3
Mãos/ pulsos/ dedos	0	0,0	1	2,7	1	1,9	0	0,0	1	1,3
Braço/ cotovelo	1	6,3	2	5,4	3	5,7	3	13,0	6	7,9
Bacia/ quadril	0	0,0	3	8,1	3	5,7	0	0,0	3	3.9
Joelho	4	25,0	7	18,9	11	20,8	2	8,7	13	17.1
Pé/tornozelo/calcanhar	1	6,3	4	10,8	5	9,4	1	4,3	6	7.9
Coxa/ pernas	0	0,0	1	2,7	1	0,6	0	0,0	1	1.3
A.T.M.	0	0,0	1	2,7	1	0,6	0	0,0	1	1.3
Espaço visceral	1	6,3	1	2,7	2	3,8	0	0,0	2	2.6
Total	16	100,0	37	100,0	53	100,0	23	100,0	76	100.0

Total Geral – No conjunto das amostras, a segunda dor relatada, 36,9% das dores são nas costas, representando sendo 60,7 lombares. Estas são 22,4 % do total. A segunda dor mais freqüentemente relatada foi no ombro/pescoço, com 14,5% das 76 ocorrências.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A segunda dor relatada somam 56,4; 43,8; 21,6 % de dores nas costas, sendo a maior freqüência entre as dores relatadas no NAPER e na Escola BR, não o sendo na Escola EUA, em que a dor mais freqüente foi nos ombros/pescoço.

Dor C

Tabela 44 Freqüências e porcentagens relativas à localização da dor C, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Coluna/ costas	0	0,0	3	15,8	3	11,1	0	0,0	3	8.1
Lombar/ ciática	0	0,0	3	15,8	3	11,1	0	0,0	3	8.1
Torácica	0	0,0	1	5,3	1	3,7	1	10,0	2	5.4
Ombro/ pescoço	2	25,0	3	15,8	5	18,5	1	10,0	6	16,2
Cintura escapular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	2	5.4
Braço/ cotovelo	1	12,5	1	5,3	2	7,4	1	10,0	3	8.1
Mãos/ pulsos/ dedos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	2.7
Joelho	3	37,5	1	5,3	4	14,8	0	0,0	4	10.8
Pé/tornozelo/calcanhar	0	0,0	4	21,1	4	14,8	2	20,0	6	16.2
Coxa/ pernas	2	25,0	2	10,5	4	14,8	0	0,0	4	10.8
Diversas na cabeça	0	0,0	1	5,3	1	3,7	0	0,0	1	2.7
Dor de cabeça	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	2	5.4
Total	8	100,0	19	100,0	27	100,0	10	100,0	37	100.0

Total Geral – As dores nas costas são 23,6 % das dores, sendo 37,5% lombares. As dores nos ombros são 16,2% do total das 37 dores relatadas, pés /tornozelos/calcanhares são também 16,2% e joelhos 10,8%.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – As amostras diferem quanto à terceira dor relatada. A maior freqüência na Escola BR foi no joelho, enquanto que na Escola EUA foi nos pés e no NAPER também nos pés e na Cintura Escapular. Ainda assim, as dores nas costas estão presentes na terceira dor relatada. Em maior grau, na Escola EUA.

Comentários sobre a intensidade das Dores A, B e C nas três amostras - Para melhor compreensão destes resultados, devemos levar em conta o N de respostas dadas a cada uma das dores, sendo que se mencionadas como uma das opções, não aparecerão nas outras. A Dor A tem um N de 65; a B, 23; e a C, 10 no NAPER, na Escola BR, 31,16, 8, e, na Escola EUA, 58, 37,19 respectivamente.

Ainda assim, dores nas costas foram a maior tendência nas possibilidades A e B, sendo que nesta aparecem as dores nos joelhos com bastante freqüência e na dor C. Apesar de ainda termos dores nas diferentes localizações nas costas, temos as dores nos pés, calcanhares,

tornozelos e dores nos ombros/pescoço, que já começa a aparecer na dor A e B na Escola EUA.

Devemos levar em conta o fato da localização “ombro/pescoço” ser uma área de transição biomecânica (entre coluna e braços), bem como a região lombas (coluna-quadril-pernas).

Como no idioma inglês, a palavra NECK é traduzida para o português como pescoço. Esta categoria pode encobrir e superpor-se às dores cervicais, parte da coluna.

- Qual a intensidade dessa dor, após o processo de Rolfing? (Nota de 1 a 10).

Dor A

Tabela 45 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor A, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	3	9,8	16	28,1	19	21,6	14	22,6	33	22.0
2	4	12,9	14	24,6	18	20,4	11	17,7	29	19.3
3	4	12,9	7	12,3	11	12,5	12	19,3	23	15.3
4	2	6,4	5	8,8	7	7,9	4	6,4	11	7.3
5	4	12,9	1	1,7	5	5,7	3	4,8	8	5.3
6	1	3,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0.7
7	1	3,2	0	0,0	1	1,2	1	1,7	2	1.3
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	0.7
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Sem Dor	12	38,7	14	24,5	26	29,5	16	25,8	42	28.0
Total	31	100,0	57	100,0	88	100,0	62	100,0	150	100.0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – As maiores intensidades da Dor A estão nas três primeiras categorias, dores de 1 a 3, numa escala de 1 a 10, nas três amostras pesquisadas.

Dor B

Tabela 46 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor B, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	1	6,2	8	22,9	9	17,8	5	23,8	14	19.4
2	3	19,0	7	20,0	10	19,8	4	19,0	14	19.4
3	0	0,0	4	11,4	4	7,8	3	14,3	7	9.7
4	1	6,2	3	8,6	4	7,8	3	14,3	7	9.7
5	0	0,0	2	5,7	2	3,9	0	0,00	2	2.8
6	1	6,2	0	0,0	1	1,9	1	4,8	2	2.8
7	1	6,2	0	0,0	1	1,9	1	4,8	2	2.8
8	1	6,2	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1.4
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Sem Dor	8	50,0	11	31,4	19	37,2	4	19,0	23	31.9
Total	16	100,0	35	100,0	51	100,0	21	100,0	72	100.0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA - As maiores intensidades da Dor A estão nas três primeiras categorias, dores de 1 a 3, numa escala de 1 a 10, nas três amostras.

Dor C

Tabela 47 Freqüências e porcentagens relativas quanto à intensidade da dor C, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	2	25,0	5	26,2	7	25,9	0	0,0	7	20.0
2	2	25,0	6	31,5	8	29,7	3	37,5	11	31.4
3	0	0,0	1	5,3	1	3,7	2	25,0	3	8.6
4	0	0,0	1	5,3	1	3,7	0	0,0	1	2.9
5	1	12,5	1	5,3	2	7,4	1	12,5	3	8.6
6	2	25,0	0	0,0	2	7,4	0	0,0	2	5.7
7	0	0,0	1	5,3	1	3,7	0	0,0	1	2.9
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	2.9
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Sem Dor	1	12,5	4	21,1	5	18,5	1	12,5	6	17.1
Total	8	100,0	19	100,0	27	100,0	8	100	35	100.0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA - As maiores intensidades da Dor A estão nas três primeiras categorias, dores de 1 a 3, numa escala de 1 a 10, nas três amostras pesquisadas.

Comentários sobre a intensidade das Dores A, B e C nas três amostras – Importante notar que o N diminuiu bem como o grau de intensidade das dores diminuiu nas três amostras e nas três diferentes tipos de dor relatados. Não há dores extremas relatadas.

- E qual a periodicidade atual desta dor?

Dor A

Tabela 48 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor A, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 – constante	2	6,7	8	14,5	10	11,8	10	16,7	20	13,8
2 – 1,2 ou 3x por semana	0	0,0	2	3,6	2	2,4	5	8,3	7	4,8
3 – ocasional	3	10,0	4	7,3	7	8,2	1	1,7	8	5,5
4 – rara	9	30,0	28	50,9	37	43,5	24	40,0	61	42,1
5 – situações físicas	3	10,0	0	0,0	3	3,5	3	5,0	6	4,1
6 – horários específicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	0,7
7 – situações emocionais	1	3,3	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	0,7
8 - acabou	12	40,0	13	23,6	25	29,4	16	16,7	41	28,3
Total	30	100,0	55	100,0	85	100,0	60	100,0	145	100,0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas – A maior incidência nesta resposta em todas as amostras é na categoria Rara (42,8; 30,0; 50,9 % respectivamente no NAPER, Escola BR e Escola EUA), seguidas de constante (16,7; 14,5 no NAPER e Escola EUA) e de ocasional e em situações específicas físicas (10%) na Escola BR.

Dor B

Tabela 49 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor B, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 – constante	2	13,3	6	17,1	8	16,0	4	19,0	12	16,9
2 - 1,2 ou 3x por semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	2	2,8
3 – ocasional	1	6,7	2	5,7	3	6,0	0	0,0	3	4,2
4 – rara	4	26,7	14	40,0	18	36,0	6	28,6	24	33,8
5 – situações físicas	1	6,7	2	5,7	3	6,0	2	9,5	5	7,0
6 – horários específicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	2	2,8
7 – situações emocionais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	1	1,4
8 - acabou	7	46,7	11	31,4	18	36,0	4	19,0	22	31,0
Total	15	100,0	35	100,0	50	100,0	21	100,0	71	100,0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A maior incidência nesta resposta em todas as amostras é na categoria Rara (33,8; 26,7; 40,0 %), respectivamente no NAPER, Escola BR e Escola EUA), seguidas de constante (19,0 no NAPER, 13,3 na Escola BR e 17,1 na Escola EUA) e de ocasional e, em situações específicas físicas (9,5%), no NAPER.

Dor C

Tabela 50 Freqüências e porcentagens relativas quanto à periodicidade da dor C, depois do processo de Rolfing entre os clientes das diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1 – constante	0	0,0	2	11,1	2	7,7	2	22,2	4	11,4
2 - 1,2 ou 3x por semana	0	0,0	1	5,6	1	3,8	1	11,1	2	5,7
3 – ocasional	1	12,5	3	16,7	4	15,4	0	0,0	4	11,4
4 – rara	5	62,5	7	38,9	12	46,2	5	55,6	17	48,6
5 – situações físicas	1	12,5	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	2,9
6 – horários específicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 – situações emocionais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8 - acabou	1	12,5	5	27,8	6	23,1	1	11,1	7	20,0
Total	8	100,0	18	100,0	26	100,0	9	100,0	35	100,0

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA – A maior incidência nesta resposta em todas as amostras é na categoria Rara (48,6; 62,5 e 38,9 % respectivamente no NAPER, Escola BR e Escola EUA), seguidas de constante (22,2% no NAPER e 11,1% na Escola EUA) e de ocasional, 16,7 % na Escola EUA.

Comentários sobre a intensidade das Dores A, B e C nas três amostras – Importante notar que o N diminuiu bem como o grau de intensidade e a periodicidade das dores diminuiu nas três amostras e nas três diferentes tipos de dor relatados. Não há dores extremas relatadas.

Comentários Gerais

Observou-se, nas tabulações, que houve uma diferença no N das respostas de antes e depois devido à não-correspondência das amostras de respostas. Assim, havia dores relatadas depois, que não correspondiam à nenhuma dor antes do processo, bem como dores relatadas antes, que não foram relatadas depois. Para estas, poderíamos levantar a hipótese de terem acabado.

Seria interessante o cliente poder ver o questionário da Entrevista Inicial, poderia lembrar-se das dores mencionadas e responder sobre elas novamente. Outra forma possível seria a de se pedir uma leitura comparativa, solicitando uma avaliação quanto à intensidade da dor antes do trabalho e qual é a intensidade da dor agora.

Poder-se-ia perguntar por que acha que a dor melhorou e assim fazer fechamento com elaboração do processo

Valor da pergunta

A pesquisa da ***Do***r, agora respondida diretamente pelo cliente traz esta avaliação e oferece a possibilidade de percepção e de comparação com os dados relatados inicialmente, antes do processo. Trazem elementos quantitativos que podem ser comparados ou cruzados, expandindo a possibilidade de pesquisa sobre os efeitos de Rolfing. Oferece também a possibilidade de verificação atual de sua Qualidade de Vida e dos efeitos disto nas outras dimensões de seu ser.

RELAÇÕES TERAPÊUTICAS

- Como foi trabalhar com seu rolfista?

Pergunta aberta, tabulada posteriormente pelo pesquisador. A diferenciação entre as respostas "Ótimo" e "Bom" foi difícil, sendo o uso destas palavras muito subjetivo, e, portanto, foram agrupadas numa só categoria.

Tabela 51 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto ao trabalho com seu rolfista.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ótimo/Bom	52	100,0	93	100,0	145	100,0	418	100,0	563	100,0
Total	52	100,0	93	100,0	145	100,0	418	100,0	563	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e Total das Escolas Foi unânime, nesta tabulação, o considerar que trabalhar com seu rolfista foi ótimo ou bom.

- Como foi ser atendido na Escola/NAPER?

Pergunta aberta, tabulada posteriormente. A diferenciação entre as respostas "Ótimo e Bom" foi difícil, sendo o uso destas palavras muito subjetivo e, portanto, foram agrupadas numa só categoria.

Tabela 52 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto ao atendimento na Escola ou NAPER.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ótimo/Bom	44	100,0	91	98,9	135	99,3	400	99,0	535	99,1
Regular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0	4	0,7
Ruim/péssimo	0	0,0	1	1,1	1	0,7	0	0,0	1	0,2
Total	44	100,0	92	100,0	136	100,0	404	100,0	540	100,0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas- Notamos uma satisfação (respostas "Otimo/Bom") praticamente unânime no atendimento das Escolas BR e EUA e no NAPER quanto ao atendimento entre os clientes que completaram o processo.

Comentários

A quantificação da pergunta aberta foi feita de acordo com categorias emergentes nas respostas, que aponta ao fato de que as categorias “Otimo/Bom” ou ruim/péssimo ficam difíceis de serem discriminadas.

Valor da pergunta

Pesquisa-se como foi trabalhar com seu Rolfista e como foi ser atendido no NAPER ou na Escola. As respostas abertas, a partir das categorias emergentes, têm o valor de abrir o espaço para informações não expressas e precisam ser quantificadas para simplificar sua análise. Têm, portanto, um valor pessoal e Institucional, no sentido de se poder obter informações que completem a dinâmica processual.

Quanto a seu valor Institucional, têm também a qualidade de oferecer dados para as Escolas, mesmo quando respondidas pelos Rolfista já formados do NAPER, no sentido de avaliar a qualidade da formação oferecida em termos de habilitação técnica e atitudinal de seus alunos.

DIMENSÃO EMOCIONAL/EXISTENCIAL

- Você acha que Rolfing ajudou você em outros aspectos do seu ser ?

Esta resposta foi tabulada manualmente, tendo como base as respostas à pergunta aberta.

Tabela 53 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto a ajuda de Rolfing em outros aspectos do seu ser.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	47	90,5	89	94,7	136	93,2	126	82,4	262	87.6
Não	2	3,8	5	5,3	7	4,7	14	9,2	21	7.0
Parcialmente	1	1,9	0	0,0	1	0,7	1	0,7	2	0.7
Talvez	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,3	5	1.7
Não sabe dizer	2	3,8	0	0,0	2	1,4	7	4,4	9	3.0
Total	52	100,0	94	100,0	146	100,0	153	100,0	299	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - A resposta "Sim" é porcentualmente maior que as outras opções presentes na resposta a esta questão, sendo significativa sua diferença em relação às outras possibilidades de resposta em todas as amostras, p=0,000. O grupo de clientes do NAPER difere significativamente da amostra do Total das Escola, p=0,035, apresentando uma percentagem maior de respostas Não (9,2%) e "Não sabe dizer" (4,4%), enquanto que entre as escolas a diferença não e significativa.

- Como se sente emocionalmente após o processo de Rolfing ?

Esta resposta foi tabulada manualmente, tendo como base as respostas à pergunta aberta.

Tabela 54 Freqüências e porcentagens relativas entre os clientes das diferentes amostras quanto a como reportam se sentirem emocionalmente após o processo de Rolfing.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ótimo/melhor	7	13,5	18	19,1	25	17,1	29	33,3	54	23.2
Bem/melhor	44	84,6	60	63,8	104	71,6	50	57,5	154	66.1
Igual	1	1,9	15	16	16	10,6	6	6,9	22	9.4
Ruim/mal	0	0,0	1	1,1	1	0,7	2	2,3	3	1.3
Total	52	100,0	94	100,0	146	100,0	87	100,0	233	100.0

Total Geral – A categoria "Bem/Melhor" representa 66,1% das respostas das amostras combinadas, seguida de 23,2 de ótimo/melhor. Somadas representam 89,3% das respostas. Temos, ainda, 9,4 de "Igual" e 1,3% de "Mal".

NAPER – A categoria "Bem/Melhor" é a mais presente nas respostas, seguidas de "Ótimo/Melhor". Juntas, correspondem a 90,8% das respostas. Verificamos que existem duas pessoas que se sentem "Ruim/Mal", 2,3% da amostra. 6,9% da amostra se sente "Igual" à antes do processo.

Escola BR – O grupo com maior número de respostas é o que disse Bem/ melhor, com 84,6% da amostra. Somados aos 13,5% que responderam "Ótimo/Melhor", perfazem 98,1% do total dos clientes de classe, em que um disse sentir-se "Igual".

Escola EUA – O grupo de clientes que respondeu ”Bem/Melhor” é 63,8 %, que junto com os que responderam sentir-se “Otimo/Melhor” perfazem um total de 82,9% da amostra. Chama atenção o grupo dos que se sentem “Igual” a quando começaram o processo, correspondentes a 16% da amostra.

Comparações entre Escola BR e Escola EUA – Existe diferença entre os resultados das duas escolas. Somando-se as duas primeiras categorias (“Ótimo/Melhor” e “Bem/Melhor” temos 98,1 e 82,9 % de respostas respectivamente para as Escolas BR e EUA).

O número de respostas “Igual” é maior na Escola EUA, que tem mais respostas “Ótimo/Melhor” do que na Escola BR (19,1 e 13,5 respectivamente), onde aparecem mais repostas Bem/Melhor (84,6% BR e 63,8 % EUA).

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas – A categoria Bem/Melhor foi significativamente maior que as demais em todas as amostras, p=0,000. Tanto na comparação dos resultados entre os grupos dos clientes das Escolas BR e EUA como entre os resultados dos clientes do Total das Escolas BR e EUA em relação aos atendidos no NAPER, houve diferenças significativas. (χ^2 de 0,020 e 0,030 respectivamente)

As maiores diferenças entre as escolas estão na categoria “Igual”, haja visto que 16% dos clientes da Escola EUA se situaram. “Melhor”, seja “Ótimo” ou “Bom”, somam 97, 81 e 90% respectivamente.

Comentários

À medida que foram feitas tabulações que tinham como base as respostas emergentes, a comparação entre os dados de antes e depois foi difícil, uma vez que apareceram dados novos e repostas vagas. A escala quantitativa foi de difícil tabulação, tendo-se perdido muitos dados.

Na pergunta “Você acha que Rolfing ajudou você em outros aspectos do seu ser?”, aparecem respostas que não se dirigem à dimensão emocional, e, sim, funcional, físicas e outras. Esta pergunta tem seu valor se comparada com a análise temática que a originou. Quando concebida, dirigia-se para a investigação na direção física em relação à emocional, porém seu enunciado não deixa clara esta intenção.

Valor da Pergunta

Duas perguntas atenderam à pesquisa sobre esta Dimensão: “Você acha que Rolfing ajudou em outros aspectos do seu ser ? ” e “Como se sente emocionalmente após o processo de Rolfing ? ”.

Ambas as investigações foram feitas por perguntas abertas as quais foram quantificadas e tabuladas pelos pesquisadores em categorias emergentes nas respostas. Seu valor e necessidade recaem na possibilidade de se obter dados sobre esta dimensão.

Ao se perguntar se percebe efeitos do trabalho em outras dimensões diferentes daquelas apontadas em seus objetivos, propõe-se uma reflexão sobre o tema, ajudando o cliente a se apropriar deste fato, caso tenha ocorrido. O mesmo valor podemos atribuir à segunda pergunta, que oferece uma possibilidade de se fazer uma comparação com pergunta similar, feita no início do processo, com eventual percepção e apropriação das transformações.

3.1.3. RELATORIO DO ROLFISTA

Os dados abaixo relatados foram preenchidos pelos Rolfista após os processos. Foram pesquisados:

DADOS SOBRE TÉCNICA UTILIZADAS NO PROCESSO

Número total de sessões do processo: Estrutural

As três perguntas que se seguem levantavam o número de sessões em que utilizaram a referida técnica, não sendo excludentes

Tabela 55 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de sessões em que foram utilizadas técnica Estrutural pelos rolfistas nos processos com seus clientes nas diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ate 10	44	100,0	102	100,0	146	100,0	184	88,46	330	93.3
De 11 a 15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	11,54	24	6.7
Mais que 15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Total	44	100,0	102	100,0	146	100,0	208	100,0	354	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas- No conjunto, 93,3% dos processos ocorridos tiveram 10 sessões.

Somente no NAPER foram realizadas mais que 10 sessões com a técnica puramente Estrutural, num total de 11,54% dos processos. Nas Escolas BR e EUA, não se fez mais que 10 sessões de Rolfing Estrutural.

- Número total de sessões do processo: Movimento

Tabela 56 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de sessões em que foram utilizadas técnica de Movimento pelos rolfistas nos processos com seus clientes nas diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ate 10	44	100,0	102	100,0	146	100,0	208	100,0	354	100.0
De 11 a 15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Mais que 15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0.0
Total	44	100,0	102	100,0	146	100,0	208	100,0	354	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas- Em nenhum dos três locais onde foi realizada esta pesquisa, foram feitas mais que 10 sessões utilizando-se a técnica puramente de Movimento.

- Número total de sessões do processo: Integrado

Tabela 57 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de sessões em que foram utilizadas técnicas Integradas pelos rolfistas nos processos com seus clientes nas diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ate 10	44	100,0	101	100,0	145	100,0	122	84,14	267	92.1
De 11 a 15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	15,17	22	7.6
Mais que 15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,69	1	0.3
Total	44	100,0	101	100,0	145	100,0	145	100,0	290	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas
Utilizaram-se as técnicas Estrutural e de Movimento integradas em até 10 sessões em 100% dos casos em ambas as Escolas. No NAPER, 15,17 % dos processos investigados tiveram sessões entre 11 e 15 sessões com técnicas integradas.

Comentários

A tabulação desta pergunta revela que a distinção entre as diferentes categorias é difícil de ser feita. Nas escolas, existe, na grade curricular, horários que são organizados para se trabalhar técnicas específicas. Já, no NAPER, a decisão técnica fica a cargo do profissional. Com o advento da integração de técnicas, a distinção entre estas categorias fica imprecisa, difícil de ser feita, forçada. As categorias utilizadas são muito amplas e abarcam muitas técnicas e táticas diferentes.

Valor da Pergunta

A importância desta pergunta recai na possibilidade de se levantar o tipo de técnicas principais utilizadas durante o processo e eventualmente cruzar este dado com os diferentes tipos de queixa ou de sujeitos adequando a técnica à necessidade do cliente e às possibilidades do terapeuta.

COMPLEIÇÃO DO PROCESSO E RETORNOS

As perguntas analisadas têm valor de pesquisa e, em seu conjunto, oferecem dados para a Instituição e para a Escola. Seu valor é verificar pela quantificação se ***completou*** o processo, em que ponto do processo o ***interrompeu*** ou se houve ***retornos*;** oferecer um parâmetro para

se verificar a propriedade ou não do trabalho de Rolfing para aqueles que o procuram, o atendimento Institucional e o valor do treinamento.

- Completou o processo?

Tabela 58 Freqüências e porcentagens relativas à compleição dos processos nas diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sim	44	93,6	98	95,1	142	94,7	546	81,9	688	84.4
Não	3	6,4	5	4,9	8	5,3	119	18,1	127	15.6
Total	47	100,0	103	100,0	150	100,0	665	100,0	815	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas

- A maioria das pessoas que iniciaram o processo de Rolfing, seja nas Escolas como no NAPER completaram o processo.

- Em que sessão interrompeu?

Tabela 59 Freqüências e porcentagens relativas à indicação da sessão em que os processos foram interrompidos nas diferentes amostras.

	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	19,1	9	16.7
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	12,8	6	11.1
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	10,6	5	9.3
4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	17,0	8	14.8
5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,5	4	7.4
6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	14,6	7	13.0
7	0	0,0	2	40.0	2	28,6	5	10,6	7	13.0
8	1	50,0	1	20,0	2	28,6	0	0,0	2	3.7
9	1	50,0	0	0,0	1	14,29	0	0,0	1	1.9
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,3	2	3.7
12	0	0,0	2	40,0	2	28,6	0	0,0	2	3.7
15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	1.9
Total	2	100,0	5	100,0	7	100,0	47	100,0	54	100.0

Total Geral – As pessoas que interromperam o processo o fizeram em momentos diferentes do mesmo, sendo que a maior parte o fez até a 7ª sessão.

Comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas - O número de pessoas que completa o processo é significativamente representativo no TOTAL das Escola e no NAPER. Porém, entre eles, significativamente mais pessoas interrompem o processo no NAPER, sobretudo nas 7 primeiras sessões, de forma distribuída equivalentemente, enquanto que, na escola, as desistências ocorreram nas últimas sessões.

Valor da pergunta

A interrupção do processo e suas causas precisam ser avaliadas para se ter consciência e daí então poder se elaborar sobre suas razões. Esta pergunta quantitativa traz dados para a Instituição no sentido de se verificar, em primeiro lugar, a porcentagem de conclusão de processos e para se fornecer dados de pesquisa sobre quando, na progressão do processo, este foi interrompido, o que, aliado aos respectivos motivos pode oferecer dados sugestivos de pesquisa.

- Quantos retornos?

Tabela 60 Freqüências e porcentagens relativas à quantidade de retornos que aconteceram nas diferentes amostras.

	BR		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0	55	100,0	105	100,0	160	100,0	655	92,1	815	93.6
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	48	6,8	48	5.5
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,0	7	0.8
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0.1
Total	55	100,0	105	100,0	160	100,0	711	100,0	871	100.0

Total Geral e comparações entre NAPER, Escola BR, Escola EUA e TOTAL das Escolas– Há poucos retornos registrados, sendo que nenhum nas Escolas, uma vez que para serem clientes de classe, os clientes têm de não ter passado pelo processo antes. Dos retornos do NAPER que ocorreu com 7,9% dos clientes, 85,7 % voltaram uma vez.

Valor da pergunta

A quantificação dos retornos ocorridos oferecem dados para reflexão pessoal e Institucional. Questões ligadas à educação sobre a natureza do processo de Rolfing, sobre a conduta Institucional em relação à ele podem aparecer nesta resposta.

As perguntas analisadas tem valor de pesquisa e, em seu conjunto, oferecem dados para a Instituição e para a Escola. Seu valor é verificar pela quantificação se ***completou*** o processo, em que ponto do processo o ***interrompeu*** ou se houve ***retornos****;* oferecer um parâmetro para se verificar a propriedade ou não do trabalho de Rolfing para aqueles que o procuram, o atendimento Institucional e o valor do treinamento.

3.2. ANÁLISE QUALITATIVA

As respostas as perguntas abertas das três amostras foram analisadas das cinco formas abaixo descritas.

1. Utilizando-se do SPAD.T, foi feito:

   1.1. levantamento da freqüência da utilização das palavras presentes nas respostas;

   1.2. seleção de até dez palavras mais freqüentemente utilizadas nas três amostras;

   1.3. cálculo das porcentagens das freqüências das palavras mais utilizadas em relação ao numero de respostas dadas em cada pergunta (N);

   1.4. cálculo das porcentagens das freqüências das palavras mais utilizadas em relação ao numero de palavras analisadas em cada resposta (P).

2. Realizando agrupamentos de palavras semelhantes apresentadas pela análise do SPAD.T:

   2.1 agrupamento por semelhança conceitual das palavras mais frequentemente utilizadas nas respostas segundo o SPAD.T;

   2.2. levantamento da freqüência da utilização das palavras conceitualmente semelhantes nas respostas;

   2.3. cálculo das porcentagens das freqüências das palavras agrupadas conceitualmente semelhantes nas respostas em relação ao N de cada resposta;

   2.4. cálculo das porcentagens das freqüências das palavras agrupadas conceitualmente em relação ao P de cada resposta.

3. Organizando agrupamentos de palavras ou grupos de palavras por semelhança conceitual (vide descrição adiante) 28:

   3.1. organização em 7 grupos principais com respectivas subdivisões;

   3.2. levantamento da freqüência dos grupos e subgrupos;

   3.3. cálculo da percentagem relativa dos grupos e subgrupos em relação ao N de cada resposta;

   3.4. cálculo da percentagem relativa dos grupos e subgrupos em relação ao P de cada resposta.

4. Efetuando o levantamento dos temas presentes nas respostas;

   4.1. agrupamento das respostas por temas emergentes;

   4.2. levantamento das freqüências relativas aos temas nas respectivas respostas.

5. Buscando no contexto em que as palavras-chave (por freqüência dadas pelo SPAD.T, por agrupamentos conceituais e suas freqüências relativas ou por importância relativa à ciência do Rolfing e sua dimensão psicobiológica) e, seleção de Frases ilustrativas em cada pergunta.

As cinco análises específicas estarão enunciadas nos títulos das Tabelas que descrevem seus resultados.

DESCRIÇÃO DOS GRUPOS CONCEITUAIS UTILIZADOS NO ITEM 3:

Foram organizados 7 grupos conceitualmente semelhantes, apoiados na categorização descrita no Manual para preenchimento dos questionários (PRADO, 2004a). Nos grupos 1,2 e 3, estão presentes palavras que se referem, à taxonomia física (Estrutural e Movimento) e, nos grupos 4, 5 e 6 às Psicobiológicas (Emocional, Existencial, Cultural e Energética) e, no grupo 7, palavras específicas que cada questão eliciava.

Grupo 1

Contém palavras mais comumente utilizadas para descrição *conceitual* do trabalho de Rolfing. Como referência teórica, utilizamos a “definição de Rolfing” de Sultan, Maitland e Salveson (1992).

Este grupo foi subdividido em dois:

1 A - categoria mais geral, ligada à dimensão física, em que estão palavras ligadas ao conceito central do Rolfing. Aqui aparecem palavras ligadas á estrutura física como: alinhamento, equilíbrio, eixo, gravidade, integração, postura, estrutura, entre outras;

1 B – categoria mais específica que agrega palavras ligadas à dimensão do Movimento Físico, em que aparecem as palavras que se referem a aspectos ligados a funções físicas, como andar, respirar, mover, etc., ou ligadas a movimento, como coordenação, flexibilidade, etc.

Grupo 2

Agrega palavras que se referem ao *Corpo Físico* e suas partes.

2 A - aqui, as palavras que são conceitos mais gerais:

2 A 1 – corpo;
2 A 2 – físico;
2 A 3 – músculo.

2 B - Palavras que se referem a partes do corpo, agrupadas de acordo com os Sistemas Físicos que são utilizados na taxonomia dos 5 elementos estruturais de Sultan (Cinturas Pélvica e Escapular, Complexo Axial, Espaço visceral e Camadas Superficiais), muito utilizadas por quem trabalha com Rolfing.

2 C - Referências a doenças nas partes do corpo, e outros atributos físicos ligadas a um pensamento de segundo paradigma.

Grupo 3

Dada sua grande freqüência nas respostas abertas, colocamos as palavras ligadas à *Dor* e a estados de saúde e doenças.

3 A - Palavras ligadas å Dor:

3 A 1 – dor;
3 A 2 - tensão, crônica, problemas, crise, etc;
3 A 3 – outras palavras ligadas ao tema.

3 B - Problemas, doenças e quadros de saúde específicos.

Grupo 4

Contém palavras ligadas à dimensão *Emocional* e *Psicológica.*

4 A - Palavras ligadas ao Emocional:

4 A1 - emoção, emocional, psíquico, psicológico;
4 A2 - palavras ligadas à sensação, como sentir, sensação, etc.;
4 A3 - outras palavras ligadas à dimensão emocional, como afeto, auto-imagem, auto-estima, etc.

4 B - Palavras que mencionavam estados emocionais como nervosa, agitada, cansada, fatigada, estressada, ligados aos quadros de ansiedade ou depressão. Couberam aqui aquelas ligadas a estresse ou trauma, que implicam em atividade específica e particular do SNA.

4 C – Palavras ligadas à Relação Terapêutica. Como processo, terapia, terapeuta, empatia.

4 D – Palavras conectadas a outras emoções (medo, etc.) ou estados emocionais.

Grupo 5

Este grupo, em suas duas subdivisões, contém palavras ligadas à *consciência*, conhecimento e se refere à dimensão anímica, existencial ou espiritual.

5 A - Esta categoria congrega uma variedade de palavras que se referem ao processo de conhecimento, de educação, de perceber, de saber. Neste subgrupo, estão contidas percepção, perceber, conhecimento, conhecer, consciência, educar, educação, compreender, compreensão, mental, enfim, palavras que pudessem aludir à aprendizagem, à evolução da consciência e a processos mentais.

5 B – Palavras ligadas a outras dimensões Psicobiológicas como transformação, energia, espírito, alcançar, energia, vida, alma, etc.

Grupo 6

Para este grupo, selecionaram-se palavras que apontam para uma direção que contém em si um movimento quantitativo e qualitativo que implica em mudança e em comparação, São adjetivos, advérbios quantitativos (mais que, melhor que, etc.), ou substantivos e verbos como melhorar, adquirir, etc.

6 A – Melhor, melhoria, melhorar e equivalentes.

6 B – Mais, muito, mudar.

Grupo 7

Neste grupo, congregamos palavras específicas relativas à pergunta em questão. Uma vez que algumas questões, dada sua formulação particular solicitam vocabulário específico (adjetivos relativos à questão, etc.). Dar-se-á explicações ao longo do texto sobre a que se refere este grupo na citada questão.

7A – Adjetivos, advérbios relativos à questão.

7B – Outras palavras de interesse descritivo.

Encaminharemos a apresentação de resultados pela seguinte ordem das perguntas abertas:

1- Entrevista Inicial;
2- Relatório de Cliente;
3- Relatório de Rolfista.

3.2.1. ENTREVISTA INICIAL

3.2.1.1. PERGUNTA 1

Por que se interessou pelo Rolfing? O que espera como resultado do processo? (1998,1999) Por que esta procurando o Rolfing/ o que espera do Rolfing/...do processo do Rolfing? (2000 a 2005).

	BR	EUA	NAPER
N	48	77	676
P	198	301	2719

Palavras mais freqüentem:

Tabela 61 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Postura	15	31,25	7,58	Dores	30	38,96	9,97	Postura	281	41,57	10,33
Dor	13	27,08	6,57	Melhor	24	31,17	7,97	Melhorar	188	27,81	6,91
Corpo	11	22,92	5,56	Mais	20	25,97	6,64	Dores	158	23,37	5,81
Melhorar	11	22,92	5,56	Corpo	20	25,97	6,64	Dor	137	20,27	5,04
Não	9	18,75	4,55	Costas	18	23,38	5,98	Corpo	128	18,93	4,71
Melhor	7	14,58	3,54	Postura	15	19,48	4,98	Mais	94	14,79	3,68
Dores	7	14,58	3,54	Pescoço	10	12,99	3,32	Coluna	77	13,17	3,27
Conhecer	5	10,42	2,53	Ombros	10	12,99	3,32	Costas	70	11,83	2,94
Problemas	5	10,42	2,53	Alivio	8	10,39	2,66	Melhor	69	10,21	2,54
Sente	4	8,33	2,02	Equilíbrio	8	10,39	2,66	Corporal	67	9,91	2,46

Palavras Agrupadas:

Tabela 62 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Maior	24	50,00	12,12	Partes do corpo	62	80,52	20,60	Partes do corpo	391	57,84	14,38
Postura	24	50,00	12,12	Bom	35	45,45	11,63	Postura	329	48,66	12,10
Dor	23	47,92	11,62	Dor	31	40,26	10,30	Melhor	317	46,89	11,66
Melhor	20	41,67	10,10	Melhor	28	36,36	9,30	Dor	302	44,67	11,11
Corpo	16	33,33	8,08	Corpo	20	25,97	6,64	Maior	222	32,84	8,16
Conhecimento	11	22,92	5,56	Postura	17	22,08	5,65	Corpo	215	31,80	7,91
Problemas	10	20,83	5,05	Problema	13	16,88	4,32	Sentir	86	12,72	3,16
Não	9	18,75	4,55	Equilíbrio	12	15,58	3,99	Problema	69	10,20	2,54
Sentir	7	14,58	3,54	Sentir	12	15,58	3,99	Conhecimento	54	7,99	1,99
Processo	3	6,25	1,52	Energia	10	12,99	3,32				

Grupos conceituais:

Tabela 63 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	24	50	12.12	35	4545	11,63	525	77,66	19,31
1 B Movimento...	5	10.42	2.53	13	16,88	4,32	40	5,92	1,47
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	16	33.33	8.08	20	25,97	6,64	215	31,08	7,91
2 A 2 Físico	3	6.25	1.52	4	5,19	1,33	54	7,99	1,99
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	3	3,90	1,00	20	2,96	0,74
2 B Partes do corpo	21	43.75	10.61	62	8052	20,60	461	68,20	16,95
2 C Outras	5	10.42	2.53	0	0,00	0,00	137	20,27	5,04
Grupo 3									
3 A 1 Dor	23	47.92	11.62	31	40,26	10,30	302	44,67	11,11
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	13	16,88	4,32	131	19,38	4,82
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	7	14.58	3.54	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	2	4.17	1.01	3	3,90	1,00	28	4,14	1,03
4 A 2 Sentir...	7	14.58	3.54	12	15,58	3,99	86	12,72	3,16
4 A 3 Psicológicas...	2	4.17	1.01	0	0,00	0,00	12	1,78	0,44
4 B Ans/depre...	18	37.5	9.09	3	3,90	1,00	20	2,96	0,74
4 C R.T.	3	6.25	1.52	1	1,30	0,33	44	6,51	1,62
Grupo 5									
5 A Conhecer...	15	31.25	7.58	10	12,99	3,32	136	20,12	5,00
5 B Mudança...	3	6.25	1.52	10	12,99	3,32	162	23,96	5,96
Grupo 6									
6 A 1 Melhor...	20	41.67	10.1	28	36,36	9,30	317	46,89	11,66
6 B Mais...	24	50,00	12.12	35	45,45	11,63	222	32,84	8,16
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/ adv	0	0,00	0,00	9	11,69	2,99	0	0,00	0,00
7 B Outros	0	0,00	0,00	9	11,69	2,99	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 64 Temas emergentes nas respostas à pergunta 1 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
1	Melhorar a postura/ equilíbrio	13	27,08	22	28,57	233	34,45
2	Melhorar dores	11	22,92	24	31,17	197	29,14
3	Melhor integração corpo/ mente	4	8,33	5	6,49	65	9,86
4	Maior percepção/ consciência do corpo	8	16,67	7	9,09	53	7,13
5	Melhorar cifose/ lordose/ escoliose	4	8,33	3	3,9	44	6,68
6	Aliviar tensões	4	8,33	3	3,9	20	3,03
7	Alguma melhora (inespecífico)	0	0,00	0	0,00	15	2,28
8	Curiosidade/ interesse pela técnica	4	8,33	5	6,49	14	2,12
9	Melhorar lado emocional	0	0,00	0	0,00	13	1,97
10	Ganhar mais movimento	0	0,00	5	6,49	7	1,06
11	Profissionalizar-me	0	0,00	0	0,00	7	1,06
12	Qualidade de vida/ melhorar saúde	0	0,00	3	3,9	5	0,76
13	Retorno	0	0,00	0	0,00	3	0,46
	Total	48	100,00	77	100,00	676	100,00

Comentários

NAPER

A freqüência das palavras utilizadas nas respostas, a análise do contexto em que foram utilizadas bem como os temas emergentes nas respostas nos remete a pensar que as pessoas procuram Rolfing associando-o a um trabalho para melhorar a postura (tema mais freqüente nas respostas com 34,45% delas), com o objetivo de melhorar suas dores corporais (tema 2 com 29,14%, tabela 64).

Dor é a palavra freqüentemente usada. Menciona-se Corpo como objeto de trabalho (ambas entre as mais freqüentemente usadas nestas respostas, tabela 63), e faz-se referência a partes do corpo, que estão entre as palavras usadas nesta resposta, (sobretudo coluna, costas e lombares que é inclusive o 5^{o} tema mais freqüente entre as respostas, tabela 64).

Os objetivos e expectativas quanto ao resultado do processo também se associa à busca de maior integração corpo-mente.(tema 3, com 9,86 %, tabela 64) e busca-se conhecimento, consciência e percepção corporal (tema 4 com 7,13 % das respostas e 5% das palavras selecionadas e agrupadas no grupo 5 A, expostos na tabela 63).

O 9º tema mais freqüente entre as respostas dos clientes do NAPER foi “Melhorar o lado Emocional”, (1,97%), tabela 64. As palavras que apareceram ligadas à dimensão emocional, grupo 4, da tabela 63, estão ligadas ao estresse, à depressão, à fadiga, ao cansaço e estas pessoas buscam no Rolfing, um trabalho físico, alento para seus estados psicológicos.

Neste levantamento dos temas e de sua freqüência nas respostas, e na análise das palavras mais utilizadas e do contexto em que apareceram, vemos que os objetivos de “por quê” procuram Rolfing aliam interesses físicos, emocionais e de desenvolvimento pessoal, em proporções diferentes. É que existe uma referência à integração psicofísica.

Abaixo, foram selecionadas algumas frases que mostram estas diversas tendências:

Comparações entre Escola BR, Escola EUA, NAPER.

As respostas dos diferentes grupos analisados – Escola BR e Escola EUA e NAPER mostraram as mesmas tendências tanto nos temas emergentes como nas palavras mais freqüentemente utilizadas ou nos grupos de palavras agregadas conceitualmente.

Os quatro primeiros temas em freqüência de respostas são os mesmos, em ordem ligeiramente diferente.

Verificando-se a Tabela 64, temos que a Escola EUA teve “Melhorar as dores” como tema mais freqüente, e as Escolas BR e EUA tiveram “Maior percepção/consciência do corpo” mais freqüentemente referidas que “Melhor integração do corpo/mente”, que foi o 3º em freqüência, no NAPER.

O tema 1, que obteve 34,45% das respostas no NAPER, congrega 27,08 % na Escola BR e 28,57% na Escola EUA.Tema 2, 29, 14, 22,92 e 31,17% respectivamente no NAPER, Escola BR e Escola EUA NAPER, 7,58% na Escola BR, 5,73 % na Escola EUA.

O 3º tema mais freqüente nas respostas das Escolas BR e EUA foi o mesmo e foi o 4º no NAPER de todos os grupos estudados: “Maior percepção e consciência do corpo” com 19, 67 na Escola BR, 9,09 na Escola EUA “integração corpo/mente”, temos 9,86% das respostas no NAPER, 8,33 na Escola BR e 6,49 na Escola EUA,

Quanto à dimensão emocional, na tabela 64, temos que o 9º tema mais freqüente entre as respostas dos clientes do NAPER foi “Melhorar o lado Emocional”, (1,97%) e este não apareceu nas respostas dos clientes das Escolas.

Chama atenção no grupo da Escola BR uma incidência bastante maior na referência a estados emocionais ligados ao estresse, à depressão, à fadiga e, ao cansaço, do que em relação ao da Escola EUA e ao do NAPER, porém não se configuram como o tema principal de sua busca pelo Rolfing.

Valor da pergunta

Esta pergunta aberta para pesquisarmos os objetivos do cliente dá espaço para uma analise que permite sua classificação por áreas de interesse, trazendo relevantes informações sobre o universo subjetivo e simbólico do cliente. Traz também informações sobre o grau de consciência presentes no discurso e no interesse do cliente.

Ao relatá-los, o cliente entra em contato com sua motivação, o que além de começar a dirigir sua consciência rumo a seu objetivo, ajudando a focalizar suas intenções, é uma experiência em si. Ao atestá-los para uma outra pessoa, reforça-se esta consciência ou ela pode ser adquirida, o que poderá trazer efeitos terapêuticos e poderá dimensionar o processo.

Esta pergunta nos permite ver “de onde vem o cliente” e qual o grau de interesse e de consciência que apresenta e se esta ligada a perspectivas de 1º, 2º ou 3º paradigmas.

Feita no começo da entrevista, abre caminho para se desenvolver o relacionamento Terapeuta–Paciente, podendo ajudar a estabelecer uma dinâmica de pesquisa na condução da Entrevista durante este primeiro contato.

Sua forma aberta, possibilita uma fluência que faz com que a futura classificação fique a cargo do profissional/pesquisador, tornando-se uma pergunta fechada.

A questão então recai na categorização que este profissional fará, o que remete à necessidade de instruções claras e treinamento uníssono dos profissionais.

A utilização desta categorização é um processo que depende da educação dos profissionais.

Para efeito clínico ou de pesquisa, é uma pergunta indispensável, uma vez que a analise, estrategizacão e condução do processo podem se beneficiar destas informações.

FRASES:

“PRINCIPALMENTE PARAR DE SENTIR DOR”
“TRABALHAR MINHA POSTURA E ALIVIAR MINHAS DORES NAS COSTAS”
“MELHORIA DA DOR E UMA MELHOR POSTURA CORPORAL”
“MELHORAR A POSTURA PARA SENTIR MENOS DORES”
“PARA FUNDAMENTALMENTE TRABALHAR A POSTURA CORPORAL E CONSCIÊNCIA”
“MELHORAR MINHA POSTURA FICAR MAIS SOLTA FÍSICA E EMOCIONALMENTE”
“QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DE MELHOR POSTURA CORPORAL”
“EQUILÍBRIO FÍSICO E EMOCIONAL ATRAVÉS DE UMA POSTURA MELHOR”
“ATINGIR UM MELHOR RELACIONAMENTO COM O CORPO E A ALMA”
“LIBERAR COISAS NO CORPO QUE ESTÃO MARCADAS”
“A PARTIR DA PERCEPÇÃO MAIOR DO MEU CORPO EU POSSA TER UM CORPO MAIS BACANA E UMA CABEÇA MAIS BACANA”
"MELHORAR MINHA RELAÇÃO MENTE E CORPO”
“MELHORAR A ANSIEDADE”
“ROLFING PODE AJUDAR NA ANSIEDADE E MEDO”
“TENHO PROBLEMAS DE ANSIEDADE QUE SE MANIFESTAM SOMATICAMENTE”
"SINTO QUE ESTOU EM UMA FASE DE MUDANÇAS FÍSICAS E EMOCIONAIS E ACHO QUE O ROLFING VAI ME AJUDAR NISSO"
“FICAR EM EQUILÍBRIO COM O CORPO E A MENTE”
“SENTIR MELHOR NO MEU CORPO, COM MAIS ENERGIA”.
“UM CONHECIMENTO CORPORAL E PESSOAL MAIOR”
“UM CONHECIMENTO MAIOR E MAIS PROFUNDO SOBRE SI MESMO”

3.2.1.2. PERGUNTA 2

Como se sente em relação a seu corpo? (2003-2005).

	BR	EUA	NAPER
N	48	83	496
P	124	123	1322

Palavras mais freqüentes:

Tabela 65 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	*EUA*	F	%N	%P	*NAPER*	F	%N	%P
Sente	15	31,25	12,1	Bom	22	26.51	17.89	Bem	152	30,65	11,50
Bem	13	27,08	10,48	Corpo	19	22.89	15.45	Sinto	63	12,70	4,77
Não	9	18,75	7,26	Sinto	9	10.84	7.32	Muito	54	10,89	4,08
Mais	7	14,58	5,65	Sente	7	8.43	5.69	Mais	44	8,87	3,33
Muito	6	12,50	4,84	Mais	5	6.02	4.07	Corpo	36	7,26	2,72
Corpo	5	10,42	4,03	Conectado	5	6.02	4.07	Postura	29	5,85	2,19
Postura	4	8,33	3,23	Bem	5	6.02	4.07	Dores	26	5,24	1,97
Costas	3	6,25	2,42	Costas	5	6.02	4.07	Gosto	20	4,03	1,51
Dores	3	6,25	2,42	Ótimo	4	4.82	3.25	Desconfortável	15	3,02	1,13
Melhor	3	6,25	2,42	Dor	4	4.82	3.25	Melhorar	11	2,22	0,83

Palavras agrupadas:

Tabela 66 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras

BR	F	%N	%P	*EUA*	F	%N	%P	*NAPER*	F	%N	%P
Sentir	25	52.08	20.16	Conexão	37	44.58	30.08	Partes do corpo	236	47.58	17.85
Bem	24	50,00	19.35	Corpo	20	24.10	16.26	Bem	173	34.88	13.09
Sim/ Não	24	50,00	19.35	Sentir	17	20.48	13.82	Mais	156	31.45	11.80
Mais/ menos	18	37.50	14.52	Partes do corpo	13	15,66	10,57	Sente	139	28.02	10.51
Partes do corpo	9	18.75	7.26	Mais	9	10.84	7.32	Problemas	71	14.31	5.37
Dor	8	16.67	6.45	Energia	7	8.43	5.69	Dor	60	12.10	4.54
Melhor	6	12,50	4.84	Consciência	4	4.82	3.25	Corpo	49	9.88	3.71
Magra	6	12,50	4,84	Dor	4	4.82	3.25	Insatisfeito	46	9.27	3.48
Corpo	5	10.42	4.03	Equilíbrio	2	2.41	1.63	Gordo	39	7.86	2.95
Postura	4	8.33	3.23	Dor	4	4.82	3.25	Postura	34	6.85	2.57

Grupos conceituais :

Tabela 67 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**
1 A Estrutural…	7	14.58	5.65	2	2.41	1.63	59	11,9	4.46
1 B Movimento…	5	10.42	4.03	2	2.41	1.63	12	2,42	0.91
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	5	10.42	4.03	20	24.10	16.26	49	9,88	3.71
2 A 2 Físico	0	0.00	0.00	2	2.41	1.63	19	3,83	1.44
2 A 3 Músculo	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	12	2,42	0.91
2 B Partes do corpo	9	18.75	7.26	13	15.66	10.57	236	47,68	17.85
2 C Outras	2	4.17	1.61	0	0.00	0.00	23	4,64	1.74
Grupo 3									
3 A 1 Dor	8	16.67	6.45	4	4.82	3.25	60	12,1	4.54
3 A 2 Problemas…	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
3 A 3 Outros	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
3 B Doenças…	5	10.42	4.03	4	4.82	3.25	29	5.85	2.19
Grupo 4									
4 A 1 Emoções…	1	2.08	0.81	17	20.48	13.82	4	0,81	0.30
4 A 2 Sentir…	25	52.08	20.16	0	0.00	0.00	139	28,02	10.51
4 A 3 Psicológicas…	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	15	3.02	1.13
4 B Ans/depre…	1	2.08	0.81	0	0.00	0.00	17	3,43	1.29
4 C R.T.	1	2.08	0.81	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 5									
5 A Conhecer…	2	4.17	1.61	6	7.23	4.88	0	0.00	0.00
5 B Mudança…	0	0.00	0.00	7	8.43	5.69	0	0.00	0.00
Grupo 6									
6 A 1 Melhor…	6	12.50	4.84	9	10.84	7.32	28	5,65	2.12
6 B Mais…	18	37.50	14.52	0	0.00	0.00	156	31,45	11.80
6 C Outros	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	48	9,68	3.63
Grupo 7									
7 A Adj/adv	24	50.00	19.35	37	44.58	30.08	173	34.88	13.09
7 B Outros	6	2.50	4.84	0	0.00	0.00	243	48,99	18.38

No subgrupo 3B, incluímos as palavras ligadas a estados físicos como aberto, fechado, estranho, aprisionado, desconfortável…

TEMAS

Tabela 68 Temas emergentes nas respostas à pergunta 2 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
1	Bem	14	29,17	40	48,19	159	31,22
2	Preciso melhorar	5	10,42	0	0.00	0	0.00
3	Com dores	5	10,42	3	3,61	28	5,71
4	Vergonha do corpo/ não me sinto bem	7	14,58	0	0.00	32	6,53
5	Sente-se gorda	10	20,83	3	3,61	81	16,53
6	Quer conhecer melhor o corpo	0	0.00	4	4,82	55	11,22
7	Deprimida, ansiosa.	0	0.00	6	7,23	16	3,27
8	Sente ma postura	7	14,58	12	14,46	71	14,49
9	Escoliose/ lordose/ cifose	0	0.00	1	1,2	21	4,29
10	Tem boa conexão corpo/ mente	0	0.00	8	9,64	0	0.00
11	Não se exercita	0	0.00	3	3,61	0	0.00
12	Não sabe	0	0.00	1	1,2	0	0.00
13	Mal	0	0.00	0	0.00	18	3,67
14	Normal	0	0.00	0	0.00	15	3,06
	Total	48	100,00	83	100,00	496	100,00

Comentários

NAPER

Na Tabela 68, temos que, confortável, saudável, tema 1, é mais freqüente nas respostas a esta pergunta, com 31,22 % delas. E também a palavra mais usada, segundo o SPAD.T, correspondendo a 11,50 % das 1322 palavras analisadas nesta pergunta.

Em contrapartida, temos o tema 13, Mal com 3,67% das respostas e os outros temas que apontam para razões do porquê a pessoa não se sente bem (tabela 68).

A formulação da pergunta remete o cliente a buscar o que “sente”, o que implica numa pesquisa de sensações ou de sentimentos dirigidos ao “corpo”. Sugere uma apreciação em

relação a ele. E, simultaneamente, pode oferecer, em contrapartida informações sobre o que gostariam de obter, como gostariam de se sentir, revelando crenças, valores e metas.

Notamos, na Tabela 67, que a maior freqüência de palavras refere-se aos adjetivos e advérbios agrupados no grupo 7 (desajeitado, insatisfeita, travado, incomodada, descontente, torta, desconjuntada, rígida) e as diferentes partes do corpo descritas no grupo 2. (17,85% das palavras estudadas). São referências ao sentimentos negativos em relação a partes do corpo. Aparecem julgamentos em relação à sua Imagem de Corpo, ligados a aspectos culturalmente valorizados e ao afastamento destes, (gordo, gordinho, celulite, flácida, etc.), presentes no tema 4, com 16,53% e, no tema 5, com 6,53% das respostas (Tabela 68). Neste sentido, a pergunta abre espaço para dimensões afetivas e sensoriais e pontua como referência o corpo.

O tema 8 refere-se a um julgamento e a sentimento em relação à postura, considerada má. Congrega 14,49% dos casos, enquanto que 11,22% do tema 6 quer ter mais consciência do corpo, e assim respondem à pergunta “Como se sente em relação a seu corpo?” (Tabela 68),

Estas referências afetivas podem vir associadas à referência a parâmetros de Organização Estrutural como desalinhada, desequilibrado, desestruturada, má postura, que tem 83,09 % das palavras do grupo 1, sendo que16, 90 % dedicadas a palavras ligadas a movimento (Tabela 67).

Comparações entre Escola BR, Escola EUA, NAPER

Os resultados dos clientes das Escolas vão à mesma direção que o resultados dos clientes do NAPER

Temos, na leitura dos temas emergentes (Tabela 68), que a resposta mais freqüente nos três grupos estudados é o tema 1 – Bem, com 31, 22, 29,17 e 48,19% respectivamente no NAPER, Escola BR e Escola EUA. O segundo tema, em freqüência, foi o que mostrou afeto negativo, sentir-se gorda, freqüente na Escola BR e no NAPER, mas não nos EUA, cujo 2^{o} tema mais freqüente é o terceiro no NAPER e na Escola BR, que reporta terem má postura, tema 8 em que os três grupos manifestaram freqüências praticamente iguais nas respostas à pergunta, em torno de 15 % . Na Escola EUA, o 3^{o} tema mais freqüente foi dizer que sentem uma Boa conexão corpo/mente (9,64%).

Na maior parte, as palavras mais freqüentes no NAPER também estão entre as mais freqüentemente utilizadas em ambas as Escolas (Tabelas 65 e 66).

Chama atenção no grupo da Escola EUA, o uso das palavras Energia, Mente, Conexão, não presentes na lista das palavras mais freqüentemente utilizadas no NAPER ou na Escola Brasileira, que tem as mesmas palavras mais utilizadas.

Não existe a respostas Mal (tema 13), presente no NAPER, entre os temas presentes nas Escolas (Tabela 68).

Valor da Pergunta

A formulação desta pergunta, utilizando o verbo "sentir", abre a possibilidade de o cliente se referir tanto a sensações como a sentimentos. Do ponto de vista psicobiológico, é uma pergunta importante e pode se abrir para muitas outras numa entrevista aberta.

Trouxe aspectos ligados à auto-estima, auto-imagem, consciência corporal e desenvolvimento de consciência.

A pergunta mobiliza a pessoa para o trabalho, e tem o poder de potencializá-lo, uma vez que remete a pessoa à sua dimensão física, e, por ser formulada em relação a sensações ou afetos (palavra sente), permite acesso à dimensão psicobiológica.

Esta pergunta tem potencial para trazer importantes dados sobre imagem do corpo e auto-estima da pessoa.

FRASES

"BEM"
"BEM, MAS NO MOMENTO SINTO-ME VULNERÁVEL AO MEU ESTADO EMOCIONAL".
"INSEGURA POR CONTA DAS DORES".
"DESCONFORTÁVEL PESADA".
"FALTA SINTONIA".
"BEM, MAS SINTO QUE POSSO MELHORAR".
"SINTO-ME BEM, MAS CONFORME DISSE, MEIO DESCONECTADA".
"ULTIMAMENTE, SEM CONSCIÊNCIA, DOMÍNIO".

“NÃO TENHO PENSADO MUITO NELE...”
“ESTOU COMPLEXADA”.
“NÃO SINTO DORES. GOSTO DELE COMO ELE E, E NÃO FAÇO QUESTÃO DE SER FORTE, MUSCULOSO. QUANDO TRABALHO SINTO ALGUNS INCÔMODOS/ DORES”.
“GORDA. MUITA COXA. CHEINHA...”
“SINTO LIMITAÇÕES QUE GOSTARIA DE VENCER”.
“GOSTO DELE E PROCURO ENTENDE-LO”
“CONTENTE GOSTARIA DE ESTAR MAIS MAGRA DA CINTURA PARA BAIXO”.
“NÃO MUITO BEM, MINHAS PERNAS NÃO SÃO MUITO BONITAS. EXCESSO DE PESO”.
“ESTRANHA NOS ÚLTIMOS TEMPOS AUMENTEI DE PESO E ALEM DISSO AS DORES ME DEIXAM DEPRIMIDA, LIMITADA, ETC.”.

3.2.1.3. PERGUNTA 3

Como se sente emocionalmente?

	BR	EUA	NAPER
N	45	80	118
P	77	66	112

Palavras mais freqüentes:

Tabela 69 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Bem	14	31,11	18,18	Bom	36	45,00	54,55	Bem	28	23,73	25,00
Não	7	15,56	9,09	Bastante	9	7,50	13,64	Ansiosa	4	3,39	3,57
Pouco	6	13,33	7,79	Bem	7	8,75	10,61	Sento	3	2,54	2,68
Muito	6	13,33	7,79	Pouco	7	8,75	10,61	Nervosa	3	2,54	2,68
Vezes	4	8,89	5,19	Estressado	5	6,25	7,58	Mais	3	2,54	2,68
Feliz	3	6,67	3,90	Normal	5	6,25	7,58	Melhor	2	1,69	1,79
Relação	3	6,67	3,90	Contente	4	5,00	6,06	Sente-se	2	1,69	1,79
Instável	3	6,67	3,90	Estável	3	3,75	4,55	Problemas	2	1,69	1,79
Ansiedade	2	4,44	2,60	Satisfeito	2	3,75	3,03	Família	2	1,69	1,79
Ansioso	2	4,44	2,60	Vida	2	3,75	3,03	Sente	1	0,85	0,89

Palavras agrupadas:

Tabela 70 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	*EUA*	F	%N	%P	*NAPER*	F	%N	%P
Não	21	46,67	27,27	Bem	43	53,75	65,15	Bem	62	52,54	55,36
Ansioso	5	11,11	6,49	Ansiedade	12	15,00	18.18	Ansioso	12	10,17	10,71
Inseguro	5	11,11	6,49	Feliz	9	11,25	13,64	Sentir	8	6,78	7,14
Cansado	4	8,89	5,19	Emocional	1	1.25	1.52	Família	5	4,24	4,46
Sentir	4	8,89	5,19	Sente	1	1.25	1.52	Seguro	7	5,93	6,25
Depressão	3	6,67	3,9					Emocional	1	0,85	0,89
Emoção	3	6,67	3,9								
Tranqüila	3	6,67	3,9								
Equilíbrio	2	4,44	2,6								
Melhor	2	4,44	2,6								
Físico	1	2,22	1,3								

Grupos conceituais:

Tabela 71 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**
1 A Estrutural...	2	4,44	2,60	0	0	0	0	0.00	0.00
1 B Movimento...	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	0	0.00	0.00	0	0.00	0,00	0	0.00	0.00
2 A 2 Físico	1	2,22	1,30	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
2 A 3 Músculo	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
2 B Partes do corpo	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
2 C Outras	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 3									
3 A 1 Dor	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
3 A 2 Problemas...	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
3 A 3 Outros	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
3 B Doenças...	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	3	6,67	3,90	1	1.25	1.52	1	0,85	0,89
4 A 2 Sentir...	4	8,89	5,19	1	1.25	1.52	8	6,78	7,14
4 A3 Psicológicas...	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	9	7,63	8,04
4 B Ans/depre...	13	28,29	16,88	12	15.00	18.18	20	16,95	17,86
4 C R.T.	3	6,67	3,90	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 5									
5 A Conhecer...	1	2,22	1,30	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
5 B Mudança...	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 6									
6 A Melhor...	2	4,44	2,60	43	53,75	65,15	0	0.00	0.00
6 B Mais...	11	24,44	14,29	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
6 C Outros	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	21	46,67	27,27	9	11,25	13,64	62	52,54	55,36
7 B Outros	16	35,56	20,78	0	0.00	0.00	12	10,17	10,71

TEMAS

Tabela 72 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Bem/ equilibrado/ feliz/ tranqüilo	17	37,78	52	65,00	46	38,98
2	Mal, associado à dor	1	2,22	0	0,00	17	14,41
3	Ansioso/ agitado	11	24,44	5	6,25	13	11,02
4	Deprimido	9	20,00	15	18,75	12	10,17
5	Mais ou menos, oscilante	0	0,00	0	0,00	10	8,47
6	Dificuldades emocionais - causas externas	7	15,56	3	3,75	8	6,78
7	Bem com ressalvas	4	8,89	0	0,00	7	5,93
8	Em mudança	0	0,00	0	0,00	4	3,39
9	Não sabe	1	2,22	0	0,00	1	0,85
	Total	45	100,00	80	100,00	118	100,00

Comentários

NAPER

O tema mais freqüente nas respostas dos clientes do NAPER foi o que utilizou BEM (tema 1, 38,98 %, Tabela 72)

Numa análise da Resposta BEM, tema mais freqüente e palavra mais freqüentemente utilizada nesta resposta (Tabela 69), notamos a seguinte distribuição:

- os que falam só a palavra Bem;
- os que agregam as palavras tranqüilo, equilibrado;
- os que falam a palavra bem e colocam ressalvas, metas para se sentirem melhor.

Quanto aos estados emocionais que apareceram nesta resposta, temos um grupo representativo de “ansiedade” (tema 3, 11,02%)(% das respostas, e outro de “depressão” (tema 4, com 10,17), e palavras que juntas são 17,86 % das 112 palavras tabuladas nesta pergunta, descritas no grupo 4 B da Tabela 71.

A presença de dor associada ao estado emocional também se faz notar (tema 2, com 14,41 % das respostas, Tabela 72).

Na análise das palavras agrupadas conceitualmente, Tabela 71, temos no grupo 4 A3, 8,04% apareceram palavras ligadas à segurança e à estabilidade, e, no grupo 7B, da mesma tabela, palavras ligadas a causas externas que justificam os estados emocionais das pessoas, agrupados no tema 7, com 10,71 % das 112 palavras analisadas.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Os temas 1, 3 e 4, (Tabela 72), apresentaram a mesma tendência nas três amostras.

Nas amostras Escola BR e NAPER, existe uma coincidência na freqüência do tema 1 (Bem, equilibrado, feliz...) com 37,78% e 38,98% respectivamente. As Escola EUA têm 65% das respostas nesta categoria.

Também a palavra Bem foi a mais freqüente nos três grupos.

As amostras da Escola BR e do NAPER tiveram comportamento mais parecido, sendo que a Escola EUA teve mais respostas no tema 1, Tabela 72, e apresentou menos variedades de temas em suas respostas.

Valor da Pergunta

Esta pergunta aberta e direta dá espaço para a pessoa se colocar na dimensão emocional. A sua análise qualitativa a esta pergunta, sugere-nos que podemos avaliar aqui o grau de contato que a pessoa tem com sua dimensão emocional.

Na clínica, o foco para esta dimensão oferece a possibilidade de se estabelecer contato com o cliente e colher elementos para análise, verificando-se a relação entre as dimensões somática, estrutural e funcional e a dimensão emocional, subjetiva, seus significados e principais padrões existentes.

Na escola, é importante para formar alunos, dirigindo sua atenção a esta dimensão, abrindo, assim, sua percepção a ela.

Esta pergunta pode ajudar no estabelecimento de relações entre diferentes níveis de experiência, treinando-se o rolfista e o rolfado a, por meio dela, “ver”, nestas diferentes dimensões, estabelecendo-se pontes entre elas.

FRASES

“BEM”.
“MUITA PREOCUPAÇÃO, NERVOSA”.
“SEMPRE FUI INSEGURO, ANSIOSO”.
“UM TANTO DEPRIMIDO COM O PROCESSO DE DOR”.
“ESTOU MAIS REFLEXIVA, EMOTIVA E UM POUCO DEPRIMIDA”.
“SINTO TRISTEZA, TENHO CRISE DE CHORO, DEPRESSÃO, FALTA DE ANIMO E VONTADE DE FICAR SOZINHA”.
“BEM, MAS PRECISO TRABALHAR AUTOCONFIANÇA’.
‘ÀS VEZES TENHO A DEPRESSÃO E ANSIEDADE, UMA TENSÃO QUE TRAVA’.
‘QUANDO AS DORES ESTÃO MUITO FORTES, ORA FICO DESANIMADA’.
ORA FICO MUITO IRRITADA. NO GERAL ME CONSIDERO ANSIOSA’.
‘NUNCA FUI EQUILIBRADO. SINTO-ME VULNERÁVEL, DE 8 A 80”.
“EQUILIBRADA”.
“NORMAL”
“ME SENTIA HORRÍVEL, DESESPERANÇOSA E ANGUSTIADA”.
“SEMPRE FUI INSEGURO, ANSIOSO”
“ANSIOSA”
“FALSO CALMO”.
“MAIS HARMÔNICA”.

3.2.2. RELATÓRIO DO CLIENTE

3.2.2.1. PERGUNTA 1

O que você espera do Rolfing? Quais eram seus objetivos no início do processo ? (2000 a 2005).

	BR	EUA	NAPER
N	52	95	295
P	158	359	1465

Palavras mais freqüentes:

Tabela 73 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 da Entrevista Inicial nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Postura	19	36,54	12,03	Dor	41	43,16	11,42	Postura	144	48,81	9,83
Melhorar	17	32,69	10,76	Corpo	39	41,05	10,86	Melhorar	88	29,83	6,01
Dores	11	21,15	6,96	Mais	38	21,05	5,06	Dores	85	28,81	5,80
Corpo	11	21,15	6,96	Postura	24	25,26	6,69	Corpo	72	24,41	4,91
Conhecer	6	11,54	3,80	Costas	21	22,11	5,85	Dor	40	13,56	2,73
Costas	4	7,69	2,53	Melhor	20	21,05	5,57	Melhor	37	12,54	2,53
Melhora	4	7,69	2,53	Pescoço	14	14,74	3,9	Melhora	33	11,19	2,25
Autoconhecimento	4	7,69	2,53	Ombro	13	13,68	3,62	Equilíbrio	29	9,83	1,98
Pescoço	4	7,69	2,53	Sentir	12	12,63	3,34	Maior	26	8,81	1,77
Dor	4	7,69	2,53	Alinhamento	12	12,63	3,34	Coluna	24	8,14	1,64

Palavras agrupadas:

Tabela 74 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 1 da Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	*EUA*	F	%N	%P	*NAPER*	F	%N	%P
Postura	20	38,46	12,66	Corpo	55	57,89	15,32	Melhor	220	74,58	15,02
Corpo	19	36,54	12,03	Mais	47	30,53	8,08	Postura	199	67,46	13,58
Partes do corpo	18	34,62	11,39	Dor	44	46,32	12,26	Partes do corpo	176	59,66	12,01
Dor	15	28,85	9,49	Reduzir	28	29,47	7,8	Dor	144	48,81	9,83
Emocional	8	15,38	5,06	Postura	24	25,26	6,69	Corpo	126	42,71	8,6
Chão	6	11,54	3,80	Alinhamento	18	18,95	5,01	Conhecer	46	15,59	3,14
Método	6	11,54	3,80	Movimento	15	15,79	4,18	Sentir	41	13,9	2,8
Aíivio	5	9,62	3,16	Consciência	12	12,63	3,34	Equilíbrio	32	10,85	2,18
Sentir	5	9,62	3,16	Vida	10	10,53	2,79	Estrutura	23	7,8	1,57
Doenças	2	3,85	1,27	Auto-estima	1	1,05	0,28	Ajudar	18	6,1	1,23

Grupos conceituais:

Tabela 75 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	30	57,69	18,99	47	49,47	13,09	320	108,47	21,84
1 B Movimento...	7	13,46	4,43	7	7,37	1,95	47	15,93	3,21
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	14	26,92	8,86	41	43,16	11,42	126	42,71	8,6
2 A 2 Físico	4	7,69	2,53	6	6,32	1,67	26	8,81	1,77
2 A 3 Músculo	1	1,92	0,63	8	8,42	2,23	17	5,76	1,16
2 B Partes do corpo	18	34,62	11,39	70	73,68	19,5	176	59,66	12,01
2 C Outras	2	3,85	1,27	0	0,00	0,00	47	15,93	3,21
Grupo 3									
3 A 1 Dor	15	28,85	9,49	44	46,32	12,26	144	48,81	9,83
3 A 2 Problemas...	3	5,77	1,90	0	0,00	0,00	78	26,44	5,32
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	29	30,53	8,08	6	2,03	0,41
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	2	3,85	1,27	3	3,16	0,84	17	5,76	1,16
4 A 2 Sentir...	5	9,62	3,16	0	0,00	0,00	41	13,9	2,8
4 A 3 Psicológicas...	1	1,92	0,63	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	7	7,37	1,95	2	0,68	0,14
4 C R.T.	6	11,54	3,80	0	0,00	0,00	21	9,15	1,43
Grupo 5									
5 A Conhecer...	17	32,69	10,76	15	15,79	4,18	46	15,54	3,14
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	38	40,00	10,58	131	44,4	8,94
Grupo 6									
6 A Melhor...	25	48,08	15,82	15	15,79	4,18	220	74,58	15,02
6 B Mais...	9	17,31	5,70	29	30,53	8,08	0	0,00	0,00
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	8	15,38	5,06	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 76 Temas emergentes nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Melhorar a postura	15	28,85	18	18,95	100	34,13
2	Melhorar as dores	14	26,92	21	22,11	77	25,94
3	Melhorar equilíbrio físico/emocional	7	13,46	13	13,68	44	14,68
4	Ter maior alinhamento/equilíbrio/ eixo	0	0,00	15	15,79	25	8,53
5	Maior percepção/consciência corporal	8	15,38	11	11,58	15	5,12
6	Cuidar da cifose/ lordose/ escoliose	2	3,85	0	0,00	14	4,78
7	Melhorar	1	1,92	0	0,00	13	4,44
8	Retorno	0	0,00	0	0,00	4	1,37
9	Melhorar a qualidade de vida	3	5,77	2	2,11	3	1,02
10	Diminuir a tensão	2	3,85	11	11,58	0	0,00
11	Curiosidade/ interesse pela técnica	0	0,00	4	4,21	0	0,00
	Total	52	100,00	95	100,00	295	100,00

Comentários

NAPER

A palavra e o conceito mais presente nos três tipos de abordagem qualitativa estão ligados a “melhorar”.

Melhor foi a segunda palavra mais usada. O subgrupo 6 A, Tabela 75, foi o segundo em maior número de palavras (15,02 % do total das 1465 palavras tabuladas). Os temas melhorar, (seja postura, dores, equilíbrio, quadros clínicos, consciência, integração físico-mental, saúde...) que implicam em melhorar correspondem a praticamente 100% das respostas (Tabela 76).

As palavras mais usadas pelos clientes de Rolfing para descreverem seus objetivos demonstram que eles procuram um Trabalho Somático para melhorarem suas condições posturais (melhor e postura são as palavras mais mencionadas), e atenderem dores (terceira palavra mais freqüente) que sentem no corpo (referências a corpo - ou em partes do corpo, grupo 3, Tabela 75). Estes dados são corroborados na análise dos temas emergentes nas

respostas, sendo “melhorar a postura” (34,13 %) e “melhorar as dores” (25,94 %), os temas mais freqüentes (Tabela 76).

No Grupo 1 da Tabela 75, dos termos ligados ao conceito central do Rolfing, no subgrupo A1, palavras como estrutura, equilíbrio e alinhamento (21,84% das 1465 palavras tabuladas na questão), correspondem à 87,19% da freqüência do grupo, contra 12,80%, em que aparecem os termos ligados a movimento e função. Os clientes que buscam Rolfing, no começo do processo pouco mencionam a dimensão funcional do trabalho como um objetivo.

Do ponto de vista Psicobiológico, chama atenção que 14,68 % das pessoas mencionaram em seus objetivos “melhorar o equilíbrio físico-emocional”, 3^{o} tema em freqüência (Tabela 76), mostraram uma expectativa que integra estas dimensões do ser. As palavras consciência, percepção e equivalentes conceitualmente (Grupo 5 A da Tabela 75) correspondem a 3,14% das palavras tabuladas que foram mencionadas. Nos temas, aparece “ter maior consciência corporal”, referência a processo ou terapia correspondentes a 1,43% subgrupo 4C, e menção específica a quadros clínicos psicológicos como ansiedade e depressão praticamente não foram mencionadas, subgrupo 4B, ambos descritos na Tabela 75.

Escola BR

A busca de uma melhor postura, de alívio a dores e a uma maior percepção/consciência corporal são, nesta ordem, os temas mais freqüentes entre as respostas deste grupo de clientes. Na análise dos grupos conceitualmente organizados, aparecem as razões estruturais como as mais freqüentemente utilizadas.

Escola EUA

O tema mais freqüente foi a busca em melhorar dores sentidas (22,11%), seguidas de melhorar a postura (18,05%), relatados na Tabela 76.

Esta amostra mostrou uma maior tendência a falar sobre as causas estruturais de procura ao Rolfing, subgrupo 1 A, 13,09%, e a uma busca em melhorar equilíbrio físico e emocional, (13,68%) e diminuir tensão (11,58%) terceiro e quarto temas mais freqüentes (Tabela 75).

Comparações entre Escola BR e Escola EUA

Nos temas emergentes nas respostas, a Escola EUA tem 15,79 % das respostas ligadas à busca de um melhor alinhamento, equilíbrio, eixo, sendo este o terceiro tema mais freqüente. Já, na Escola BR, o terceiro tema mais freqüente é a busca de uma melhora no equilíbrio físico-emocional (13,46%), Tabela 76.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Vemos, na Tabela 76, que os dois temas mais freqüentes são os mesmos nas três amostras (temas 1 e 2), sendo coincidentes na amostra da Escola BR e do NAPER e, inverso, em relação à Escola EUA.

Em ambas as Escolas, o tema 5, ligado à busca de um aumento de percepção/consciência corporal foi maior que no NAPER (15,81, 11,68 contra 5,42 % respectivamente).

Na três amostras, aparece o tema Melhorar equilíbrio físico e emocional (tema 3, com 13,46, 13,68 e 14,68% respectivamente).

Valor da Pergunta

Esta pergunta, feita para o cliente, após o processo, o remete-o a ter uma perspectiva em relação a quando chegou e como está neste momento, após o processo, encadeando-se as próximas perguntas, que serão avaliativas de sua experiência. Apresenta, portanto, um valor reflexivo.

O processo pode abrir novas perspectivas que não foram parte dos objetivos do cliente, e, distanciá-lo da causa imediata em relação a qual ele procurou o trabalho. Talvez pudesse ser interessante que ele visse por escrito suas queixas iniciais, para dar-lhe um parâmetro.

FRASES

“MELHORAR POSTURA E PREVENÇÃO DE PROBLEMAS FUTUROS”.
“QUE MEU CORPO ADQUIRA MELHOR E MAIS BONITA POSTURA”.
“ESPERAVA TAMBÉM UMA RELAÇÃO DE POSTURA ALINHADA COM A GRAVIDADE”.
“ESPERO ADQUIRIR MELHOR POSTURA E MELHOR EQUILÍBRIO AO CAMINHAR E AO ME POSICIONAR”.
“ENTENDER MELHOR MINHA POSTURA E REEDUCA-LA”.
“ARRUMAR A POSTURA E ACABAR COM AS DORES NAS COSTAS”.
“DIMINUIR DORES CRÔNICAS MUITO ANTIGAS E MELHORAR POSTURA”
“DESENVOLVIMENTO E APRIMORAMENTO DA CONSCIÊNCIA CORPORAL”.
“ADQUIRIR CONSCIÊNCIA CORPORAL E TRATAR A ANSIEDADE”.
“CONSCIENTIZAÇÃO DO CORPO E HARMONIA E EQUILÍBRIO COM A MENTE”.
“EQUILÍBRIO POSTURAL E DIMINUIÇÃO DOS “ALTOS” E “BAIXOS”.
“FOSSE ME MOSTRAR ALGUM TIPO DE MUDANÇA RADICAL NA MINHA ESTRUTURA FÍSICA E CONSEQUENTEMENTE NA MINHA ESTRUTURA MENTAL”.
“ADQUIRIR CONSCIÊNCIA CORPORAL E TRATAR A ANSIEDADE”.
“ALINHAR EMOÇÕES”.
“MAIOR CONFORTO CORPORAL DIMINUIÇÃO DAS DORES FÍSICAS”.
“REESTRUTURAR O CORPO E CONSEQUENTEMENTE O EMOCIONAL”.
“VIVENCIAR UM PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO”.
“CONSEGUIR CADA VEZ MAIS SENTIR MEU CORPO E USA-LO DE UMA MELHOR MANEIRA”
“SOLTAR OS MOVIMENTOS, CONHECER MELHOR MEU CORPO”
“CONHECER O ROLFING ENQUANTO MÉTODO TERAPÊUTICO POSSIBILITANDO UMA TRANSFORMAÇÃO NAS ATITUDES PESSOAIS”.
“MELHORAR A POSTURA E RESOLVER PROBLEMAS COM A COLUNA”
“MELHORAR AS DORES, CONHECER O CORPO, POSTURA, CONSCIÊNCIA”.
“ESPERO UMA INTEGRAÇÃO MELHOR DO MEU SER; ACREDITO QUE ATRAVÉS DO ROLFING VARIAS COURAÇAS POSSAM SER DISSOLVIDAS E TRABALHADAS A NÍVEL EMOCIONAL MUITO MAIS PROFUNDO”.
“MELHORA DAS MINHAS CRISES DE ENXAQUECA E DORES LOMBARES”.
“ESPERO QUE O ROLFING ME AUXILIE NO SENTIDO DE OBTER UM MAIOR EQUILÍBRIO EM TODAS AS MINHAS ÁREAS DE ATUAÇÃO, CORPO E MENTE”.
“UMA MUDANÇA IMPORTANTE FÍSICA E PSICOLÓGICA”.
“EXPECTATIVA DE LIDAR COM AS SITUAÇÕES COTIDIANAS DE MANEIRA MAIS HARMÔNICA E INTEGRADA”.

3.2.2.2. PERGUNTA 2

Atingiu seus objetivos? Como percebe que isto aconteceu? (2000 a 2005)

	BR	EUA	NAPER
N	52	92	415
NP	96	169	1462

Palavras mais freqüentes:

Tabela 77 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Sim	36	69,23	37,5	Sim	66	71,74	39,05	Sim	245	59,04	16,76
Muito	5	9,62	5,21	Sentir	12	13,04	7,10	Mais	110	26,51	7,52
Bastante	3	5,77	3,13	Dor	11	11,96	6,51	Corpo	67	16,14	4,58
Atingi	3	5,77	3,13	Muito	9	9,78	5,33	Sinto	44	10,60	3,01
Totalmente	3	5,77	3,13	Mais	8	8,70	4,73	Dores	39	9,40	2,67
Dor	3	5,77	3,13	Pescoço	8	8,70	4,73	Postura	39	9,40	2,67
Melhorou	2	3,85	2,08	Processo	8	8,70	4,73	Objetivos	37	8,92	2,53
Processo	2	3,85	2,08	Melhor	8	8,70	4,73	Percebo	36	8,67	2,46
Corpo	2	3,85	2,08	Corpo	6	6,52	3,55	Melhor	30	7,23	2,05
Descobri	2	3,85	2,08	Postura	6	6,52	3,55	Dor	25	6,02	1,71

Palavras agrupadas:

Tabela 78 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Sim	36	69,23	37,50	Sim	67	72,83	39,64	Sim	541	130,36	37,00
Muito	18	34,62	18,75	Sentir	17	18,48	10,06	Músculo	98	23,61	6,70
Perceber	12	23,08	12,5	Melhorar	14	15,22	8,28	Sentir	94	22,65	6,43
Corpo	3	5,77	3,13	Dor	11	11,96	6,51	Corpo	84	20,24	5,75
Melhor	3	5,77	3,13	Mais	8	8,70	4,73	Melhor	81	19,52	5,54
Consciência	3	5,77	3,13	Pescoço	8	8,70	4,73	Perceber	73	17,59	4,99
Atingi	3	5,77	3,13	Processo	8	8,70	4,73	Partes do corpo	72	17,35	4,92
Dor	2	3,85	2,08	Corpo	6	6,52	3,55	Objetivo	52	12,53	3,56
Processo	2	3,85	2,08	Postura	5	5,43	2,96	Postura	48	11,57	3,28
Postura	1	1,92	1,04	Equilíbrio	3	3,26	1,78	Dor	43	10,36	2,94

Grupos conceituais:

Tabela 79 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	1	1,92	1,04	11	11,96	6,51	105	25,3	7,18
1 B Movimento...	4	7,69	4,17	2	2,17	1,18	45	10,84	3,08
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	3	5,77	3,13	6	6,52	3,55	84	20,24	5,75
2 A 2 Físico	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	10	2,41	0,68
2 A 3 Músculo	1	1,92	1,04	0	0,00	0,00	4	0,96	0,27
2 B Partes do corpo	2	3,85	2,08	20	21,74	11,83	72	17,35	4,92
2 C Outras	2	3,85	2,08	0	0,00	0,00	10	2,41	0,68
Grupo 3									
3 A 1 Dor	2	3,85	2,08	11	11,96	6,51	43	10,36	2,94
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	86	20,72	5,88
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	5	1,2	0,34
4 A 2 Sentir...	0	0,00	0,00	17	18,48	10,06	94	22,65	6,43
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	18	4,34	1,23
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	3	0,72	0,21
4 C R.T.	2	3,85	2,08	8	8,70	4,73	26	6,27	1,78
Grupo 5									
5 A Conhecer...	16	30,77	3,13	3	3,26	1,78	110	26,51	7,52
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	1	1,09	0,59	57	13,73	3,90
Grupo 6									
6 A Melhor...	3	5,77	3,13	14	15,22	8,28	81	19,52	5,54
6 B Mais...	18	34,62	18,75	17	18,48	10,0 6	541	130,36	37,00
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	42	80,77	43,75	68	73,91	40,24	74	17,83	5,06
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 80 Temas emergentes nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Sim	35	67,31	57	61,96	131	32,76
2	Adquiriu maior percepção corporal	0	0,00	0	0,00	43	15,18
3	Sim, está sem dores	0	0,00	0	0,00	63	10,31
4	Estão sendo atingidos	0	0,00	0	0,00	37	8,76
5	Está de bem com o corpo	0	0,00	0	0,00	34	7,99
6	Parcialmente/ falta algo	4	7,69	19	20,65	23	7,47
7	Sente-se mais harmonioso	0	0,00	0	0,00	26	6,19
8	Acima das expectativas/mais que esperado	9	17,31	8	8,70	26	5,67
9	Melhorou	3	5,77	7	7,61	15	3,87
10	Não	1	1,92	1	1,09	10	1,8
	Total	52	100,00	92	100,00	415	100,00

Comentários

NAPER

Esta pergunta contém duas perguntas em seu enunciado: “Se atingiram seus objetivos e como percebem que isto tenha acontecido”.

Quanto a se os clientes atingiram seus objetivos, a palavra Sim corresponde a 59,04% em relação ao número de sujeitos que responderam a esta pergunta e, a 16,76 % das 1462 palavras tabuladas, sendo o tema mais freqüente nesta resposta, presente em 32,76% delas. Considerando-se os outros temas emergentes nas respostas a esta pergunta e que também revelam terem os clientes atingido seus objetivos, por diferentes razões, o “Sim, atingiu os objetivos” e passa dos 80% das respostas (tema 8, “além do esperado”, tema 2, “maior percepção do corpo”, tema 3, “sim, está sem dores”, tema 5, “esta de bem com o corpo”). Parcialmente, falta algo”, congrega 7,47% das respostas, enquanto que “Não”, tema 10, tem 2,58% dos que completaram o processo e preencheram os relatórios (TABELA 80).

Os dados da Tabela 80 revelam que os clientes percebem que atingiram seus objetivos, sobretudo por “terem maior percepção corporal” (tema 2, 15,18 %) e por “estarem sem dores”

(tema 3, 10,31 % das respostas) ou por “estarem bem com seu corpo” (tema 5, com 7,99 %), perceberem-se mais harmoniosos (tema 7, com 6,19% das respostas).

Utilizam as palavras Mais, Melhor (Grupo 6 A+ B da Tabela 79, com 42,54 % das 1462 palavras tabuladas) para se referirem a como percebem que atingiram ou não seus objetivos.

No que se refere à percepção - “como percebe que isto ocorreu?”, as respostas vão desde a percepção da diminuição da dor, meramente sensorial, à percepção do movimento, ou ainda da ampliação da consciência para uma consciência integrada, física e emocional.

Palavras presentes no subgrupo 5 A, da Tabela 79, que congrega as palavras ligadas ao saber, aumentar conhecimento, adquirir consciência. Foi o segundo grupo em número de palavras mais utilizadas. Foram 110 ou 7,52 % de 1462 analisadas.

Notamos que, nesta resposta, no Grupo 1, da Tabela 79, tivemos 30% de palavras ligadas à dimensão funcional do Rolfing e 70% ligadas à Estrutural, e que o uso da palavra dor foi de 2,94 %. Uma vez que os objetivos foram descritos em termos físicos, era de se esperar que esta resposta aparecesse nesta linguagem, referindo-se às dores e ao trabalho com postura, estrutura.

Aparece também o uso da palavra processo (Grupo 4C, Tabela 79). Rolfing começa a ser visto numa dimensão processual. A referência à palavra processo se refere à forma como foram vividas as experiências e mostra que se percebe Rolfing como um processo, especialmente depois de ter passado por esta experiência.

Notamos o uso de muitas palavras ligadas à percepção, à diminuição, ao alívio, ao conforto, à melhora, à satisfação, à educação, ao conhecimento, bem como adjetivos que apontam para transformação na imagem corporal e evolução pessoais.

O atingir dos objetivos e os comentários sobre sua satisfação mostram que os clientes apreciaram o fato de terem aprendido sobre seus corpos,

Sentem-se Melhor, Melhor com o Corpo, Melhor em sua Qualidade de Vida, sem dores,

Percebem-se mais harmoniosos, equilibrados (Grupo 1 A, Tabela 79), menos conflitados.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Segue, basicamente, a mesma tendência do NAPER.

Notamos que nas três amostras temos a resposta SIM como o tema mais freqüente. E a palavra mais utilizada, sendo que tem o dobro de freqüência na amostra da Escola EUA.

Vemos na, Tabela 80, que a amostra da Escola EUA apresenta uma freqüência de pessoas que dizem ter atingido parcialmente seus objetivos, bastante maior que as da Escola BR e do NAPER (quase três vezes maior, com 20,65%; contra 7,69 e 7,47%), e a da Escola BR mostrou, no tema 8, acima das expectativas, a porcentagem de 17, 31, isto é o dobro da amostra da Escola EUA e o triplo da do NAPER (8,7 e 5,67 respectivamente).

Nas Escolas, o Sim para dizer que atingiram os objetivos, tema 1, acrescidos das dados no tema 8, acima das expectativa (17,31 % na Escola BR e 8,7 % na Escola EUA) congregaram a referência à aprovação. Isto esvaziou as outras possibilidades de resposta que dariam mais explicação do como se percebe que isto aconteceu, uma vez que lá apareceram mais respostas explicativas (Tabela 80).

Valor da Pergunta

Esta pergunta, colocada logo após a pergunta1, que pede, no fim do processo, para o cliente se lembrar e dizer quais foram seus objetivos no início do processo, leva a uma reflexão sobre o antes e o agora, a uma reflexão sobre o processo e sobre os resultados, ajudando-o a aprofundar-se na percepção de seu processo e a balizar a continuação dele.

É uma pergunta importante para fechamento, que, em termos clínicos, no Rolfing, vem com apropriação dos resultados e convida o cliente a assumir também os limites do processo no momento deste fechamento.

Para pesquisa, presta-se a ver diferenças percebidas e possibilita esta análise dos efeitos do Rolfing, como percebido pelos clientes.

FRASES

“PERCEBO QUE ISSO OCORREU, POIS PUDE PERCEBER O QUE NÃO ESTAVA BEM COM RELAÇÃO AO MEU CORPO E AGORA ESTOU DE BEM COM ELE”.
“SIM, ME SINTO MUITO BEM, SINTO QUE DESCOBRI PARTES DO MEU CORPO QUE NÃO CONHECIA”.
“SIM. SITO-ME MAIS SEGURA, MAIS ESTRUTURADA, MAIS DISPOSTA. ATINGI UM EQUILIBRIO FISICO E EMOCIONAL”
“ACREDITO QUE SIM, SINTO QUE O PROCESSO VAI CONTINUAR MESMO APOS O TERMINO DESTE TRABALHO. SINTO QUE CONTINUAREI MELHORANDO MINHA POSTURA ATRAVES DE UMA COSNCIENCIA CADA VEZ MAIS COTIDIANA”.
“SIM, MELHOROU A POSTURA, AS DORES. ESTOU SAINDO SEM DOR”.
“SIM, SEM DUVIDA. PEREBO SUPER EVIDENCIADO, NA ABERTURA CORPOAL, MOVIMENTOS MAIS LEVES E EFICAZES, MAIS INTEGRADOS, MAIS ENERGIA VITAL E ALEGRIA”.
“ATINGI. EU QUERIA ME CONHECER MELHOR E ACHO QUE CONSEGUI PERCEBER RECANTOS DA MINHA PESSOA BEM ESQUECIDOS”.
“PENSO QUE ATINGI. PERCEBO PELA POSTURA E TAMBEM POR POSICIONAMENTOS E PERCEPCAO QUE VENHO TOMANDO A NIVEL PRINCIPALMENTE EMOCIONAL”.
“ALEM DE AUMENTAR MINHA PERCEPCAO PARA A PARTE FISICA, PUDE PERCEBER MELHOR ONDE SOATIZAVA QUESTOES MENTAIS”.
“CREIO QUE SIM, POIS EU SEMPRE QUIS ME CENTRAR (INTERNAMENTE). E UMA BUSCA DE ANOS. EU FALO MUITO EM CENTRAR, INTERNO, E EU ME REFIRO A PARTE MENTAL, PSICOLOGICA, QUE EU ACREDITO QUE E DIRETAMENTE LIGADA A PARTE FISICA, CORPORAL. TOCA O CORPO, REFLETE NA MENTE”.
“SIM. HOUVE UMA MUDANCA GRANDE. O CORPO REALMENTE “ACORDOU” E SINTO-ME DISPOSTA, MAIS ALEGRE, OTIMISTA E ENCARNDO MUITAS COISAS DE FORMA DIFERENTE”.
“PORQUE APRENDI A LIDAR MELHOR COM MEU CORPO E COM AS DORES”
“QUE MEU CORPO ESTA COM MOVIMENTOS SUPER SOLTOS E COM RESPIRACAO MAIS PERCEPTIVEL”.
“ALEM DISSO PUDE INTEGRAR O ROLFING A UM PROCESSO TERAPEUTICO MAIS AMPLO”.
“TOMEI MUITA CONSCIENCIA DE MUITA COISA PRINCIPALMENTE A CONSCIENCIA DO MEU PROPRIO CORPO”.
“PERCEBO QUE EU DEI UMA BOA ESTICADA INTERNAMENTE”.

“PERCEBO QUE AS TENSOES PRINCIPLAMENTE NAS COSTAS DIMINUIRAM PERCEBO ISTO NO MODO COMO ANDO AGORA”.

“AGORA EU ME POLICIO MAIS E SEMPRE QUE PERCEBO QUE NÃO ESTOU NA POSIÇÃO CORRETA ME CORRIJO”.

3.2.2.3. PERGUNTA 3

Como foi o processo para você? Que mudanças você percebe?

	BR	EUA	NAPER
N	52	95	416
P	271	510	2871

Palavras mais freqüentes:

Tabela 81 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	23	44,23	8,49	Mais	62	65,26	12,16	Mais	217	52,16	7,56
Corpo	14	26,92	5,17	Corpo	43	45,26	8,43	Corpo	137	32,93	4,77
Postura	14	26,92	5,17	Processo	41	43,16	8,04	Mudanças	109	26,20	3,80
Processo	9	17,31	3,32	Sente	28	29,47	5,49	Muito	102	24,52	3,55
Consciência	9	17,31	3,32	Muito	24	34,74	6,47	Processo	92	22,12	3,20
Bom	8	15,38	2,95	Melhor	21	22,11	4,12	Postura	89	21,39	3,10
Mudanças	8	15,38	2,95	Mudanças	16	16,84	3,14	Sinto	57	13,70	1,99
Percebo	7	13,46	2,58	Dor	13	13,68	2,55	Melhor	56	13,46	1,95
Melhor	6	11,54	2,21	Postura	13	13,68	2,55	Maior	56	13,46	1,95
Andar	6	11,54	2,21	Movimento	12	12,63	2,35	Dores	53	12,74	1,85

Palavras agrupadas:

Tabela 82 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Não	53	101,92	19,56	Mental	53	55,79	10,39	Maior	482	115,87	16,79
Perceber	22	42,31	8,12	Processo	48	50,53	9,41	Corpo	185	44,47	6,44
Mudança	18	34,62	6,64	Bom	47	49,47	9,22	Mudança	174	41,83	6,06
Equilíbrio	17	32,69	6,27	Corpo	43	45,26	8,43	Partes do corpo	159	38,22	5,54
Corpo	16	30,77	5,90	Sentir	35	36,84	6,86	Perceber	155	37,26	5,40
Processo	14	26,92	5,17	Mudanças	26	27,37	5,10	Sentir	143	34,38	4,98
Sentir	14	26,92	5,17	Melhorar	25	26,32	4,90	Melhor	129	31,01	4,49
Melhor	13	25,00	4,80	Movimento	24	25,26	4,71	Postura	128	30,77	4,46
Bom	12	23,08	4,43	Consciente	23	24,21	4,51	Dor	112	26,92	3,90
Consciência	11	21,15	4,06	Dor	17	17,89	3,33	Processo	112	26,92	3,90
Andar	10	19,23	3,69	Postura	13	13,68	2,55	Andar	77	18,51	2,68
Dor	6	11,54	2,21	Percepção	12	12,63	2,35	Movimento	49	11,78	1,71

Grupos conceituais:

Tabela 83 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	17	32,69	6,27	27	28,42	5,29	254	61,06	8,85
1 B Movimento...	25	48,08	9,23	47	49,47	9,22	214	61,44	7,45
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	16	30,77	5,90	43	45,26	8,43	185	44,47	6,44
2 A 2 Físico	3	5,77	1,11	6	6,32	1,18	29	6,97	1,01
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	3	3,16	0,59	11	2,64	0,38
2 B Partes do corpo	24	46,15	8,86	22	23,16	4,31	159	38,22	5,54
2 C Outras	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	10	2,40	0,35
Grupo 3									
3 A 1 Dor	6	11,54	2,21	17	17,89	3,33	112	26,92	3,90
3 A 2 Problemas...	3	5,77	1,11	8	8,42	1,57	58	13,94	2,02
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	2	3,85	0,74	5	5,26	0,98	34	8,17	1,18
4 A 2 Sentir...	14	26,92	5,17	35	36,84	6,86	143	34,38	4,98
4 A 3 Psicológicas...	22	42,31	8,12	6	6,32	1,18	32	7,69	1,11
4 B Ans/depre...	1	1,92	0,37	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 C R.T.	14	26,92	5,17	48	50,53	9,41	0	0,00	0,00
Grupo 5									
5 A Conhecer...	27	51,92	9,96	53	55,79	10,39	244	58,65	8,50
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	41	43,16	8,04	141	33,89	4,91
Grupo 6									
6 A Melhor...	13	25,00	4,80	25	26,32	4,90	129	31,01	4,49
6 B Mais...	72	138,46	26,57	47	49,47	9,22	482	115,87	16,79
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	12	23,08	4,43	62	65,26	12,16	334	80,09	11,63
7 B Outros	0	0,00	0,00	15	15,79	2,94	0	0,00	0,00

No subgrupo 3 A2, que se refere a problemas, crônico, tensões, congrega nesta pergunta as palavras que se referem a soluções de problemas, como “diminuíram”, “solucionaram”, etc.

Proporção 1 A/1 B

1 A = 54,28 %

1 B = 45,72 %

TEMAS

Tabela 84 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
1	Maior percepção/ consciência do corpo	14	26,92	20	21,05	144	35,54
2	Mudanças em partes do corpo	4	7,69	12	12,63	88	21,08
3	Mudanças físicas e emocionais	1	1,92	11	11,58	58	13,97
4	Dor diminuiu, sente-se melhor	0	0,00	6	6,32	37	8,82
5	Bom/ muito bom/ ótimo	12	23,08	9	9,48	31	7,36
6	Melhor postura/ equilíbrio/ eixo	15	28,85	13	13,68	17	4,17
7	Confortável/ relaxante/ tranqüilo	0	0,00	12	6,32	12	2,94
8	Ainda está em processo	0	0,00	0	0,00	11	2,7
9	Desconfortável	0	0,00	2	2,11	8	1,96
10	Tem maior flexibilidade	6	11,54	16	16,84	6	1,47
11	Não percebo mudanças	0	0,00	0	0,00	2	0,49
	Total	52	100,0	95	100,0	416	100,0

Comentários

NAPER

Temos, na Tabela 84, que o tema mais freqüente nas respostas relata explicitamente uma maior percepção e consciência do corpo (35,54%). O segundo tema mais freqüente também implica em percepção. Refere-se a mudanças em partes específicas do corpo (21,08%). A incidência da palavra “mais” e outras desta natureza (melhor, muito, melhor...), congregadas no Grupo 6 A e B da Tabela 83 e que correspondem a 21,28 % das 2871 das palavras tabuladas revelam que os clientes percebem terem adquirido alguma coisa, algum estado, algum conhecimento durante o processo, dado também presente na análise dos temas emergentes nesta resposta. (temas de 1 a 8 da Tabela 84).

O segundo grupo pela ordem de freqüência foi o que usou mais palavras que remetem aos conceitos de rolfing (grupo 1, seja na dimensão estrutural com palavras como equilíbrio, integração, alinhamento; ou de movimento, com palavras como caminhar, mover, flexibilidade, com 16,30 % do total das 2871 palavras analisadas), maior do que corpo ou partes do corpo (6,44 % e 5,54%, respectivamente, no grupo 3, da Tabela 83), Aliados à exploração dos temas presentes nestas respostas, em que “mudanças em partes específicas do

corpo" é o segundo tema mais referido, com 21,08% das respostas (Tabela 84) sugere que os clientes do NAPER estão utilizando um pensamento mais abstrato, conceitual para explicar sua evolução. Revelam também a integração de vocabulário específico e de que o processo traz uma aprendizagem de princípios e conceitos explorados e sustentados pela prática do Rolfing.

As palavras ligadas à sensação (grupo 4 A2 da Tabela 83) se explicam por ser um processo concreto, ligado à dimensão somática. Portanto, o "sentir" tem a ver com o real, com a referência ao próprio universo sensorial, palpável.

Também chama atenção, na Tabela 83, o número de palavras ligadas ao movimento (46,72 % das palavras do Grupo 1), e o número de palavras aliadas à percepção, à consciência, à transformação e à educação. (Grupo 5 A e B, com 13,41 % das palavras utilizadas).

Do ponto de vista psicobiológico, na Tabela 84, as respostas do tema 1 (35,54%) relatam uma melhor percepção, consciência, relação do cliente com seu corpo e 13,97 % (o terceiro tema mais freqüente nas respostas) falam explicitamente de mudanças tanto no domínio físico como emocionais. Apareceram palavras como emoções, psique, angústia, autoconfiança, auto-reconhecimento e referências à dimensão mental, energética. (do Grupo 4 e Grupo 5 A da Tabela 83). O grupo 7, descrito na mesma Tabela, congrega palavras como aíivio, relaxamento, tranqüilidade, segurança. (11,63 %). Os adjetivos congregados no grupo 7 são muito esfuziantes. Citando alguns exemplos, temos: tranqüilo, relaxada, solto, serena, maravilhoso, confiante, com liberdade, alongada, fluida, confortável, harmoniosa, entusiasmada, etc, apresentando consciência de um processo, consciência de si mesmo e de suas funções.

A análise do conteúdo mostra que ocorreram mudanças interiores, ou físicas e emocionais, na percepção do corpo e melhor relação consigo e com o corpo, o que implica em Qualidade de Vida.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

As respostas dadas pelos clientes de classe, seja na Escola BR ou na Escola EUA, seguem as tendências das dadas pelos clientes do NAPER, salientando que o tema 1 tem importância especial, porém com diferenças quanto à presença dos temas 7 e 10, que são temas que se

referem aos conceitos centrais do Rolfing, do ponto de vista estrutural e de movimento (Tabela 84).

Entre os clientes da Escola BR, o tema 6 foi o mais freqüente (28,85%), e o terceiro mais freqüente entre os clientes da Escola EUA (13,68%), contrastando com os clientes do NAPER em que apareceu em 7^{o} lugar com 4,17% das respostas (Tabela 84).

O tema 10, tem maior flexibilidade, é o segundo entre as respostas dadas pelos clientes da Escola EUA (16,84%), o quarto entre os clientes da Escola BR (11,54) e, o 8^{o} na NAPER (1,47%).

Os adjetivos utilizados pelos clientes de classe são os mesmos ou com qualidade semelhante que os utilizados pelos clientes do NAPER.

Valor da pergunta

Descrever em palavras por si só já é um processo reflexivo que leva o cliente a ter que encontrar palavras, desenvolvendo linguagem para descrever experiências. Quando se trata de descrever um processo, temos o reconhecimento do que foi, do que aconteceu, com a apropriação mental da experiência.

A pergunta trouxe aspectos da dimensão psicobiológica, especialmente no relativo a "adquirir conhecimento e consciência". Devemos valorizar esta dimensão, especialmente por ser a forma como as pessoas estão descrevendo seu processo".

Este tipo de reflexão e de registro é rico em material de pesquisa, por permitir que a experiência individual aflore, dando-nos elementos ligados à prática do Rolfing. Por ser aberta e particular, os advindos são preciosos para a reflexão aberta sobre Rolfing, sob todas as perspectivas, especialmente a psicobiológica, por permitir a emergência do subjetivo.

Tem valor pedagógico por ajudar e permitir desenvolver uma atitude de escuta, por parte dos alunos, da ressonância do trabalho em cada pessoa diferente.

FRASES

“AGORA ESTA TUDO MAIS INTEGRADO”.
“EU FIQUEI MAIS ERETA E MEUS PÉS INTEIRAMENTE SE APÓIAM NO CHÃO”.
“SINTO-ME MAIS LEVE COM MAIS DISPOSIÇÃO”.
“UM MAIOR EQUILÍBRIO E TAMBÉM MAIS SEGURANÇA...”
“FIQUEI MAIS FELIZ”.
“PERCEBO MEU CORPO MAIS SOLTO NO ESPAÇO”.
“PERCEBO QUE MEU CORPO FICOU SENDO MAIS “UM TODO”
“A NOVA FORMA E MUITO ACONCHEGANTE E BOA E NEM QUERO MAIS LEMBRAR DA MARTA ANTIGA”.
“NÃO ANDO MAIS COM A CABEÇA BAIXA”.
“BEM ESTAR E MAIS DISPOSIÇÃO. ACONTECERAM GRANDES MUDANÇAS NO EIXO DO CORPO”.
“CADA PARTE DO CORPO TRABALHADA TRAZ EMOÇÕES”.
“VARIAS MUDANÇAS DE POSTURA FÍSICA E EMOCIONAL”.
“MUDANÇAS NO POSICIONAMENTO DIANTE DA VIDA”.
“FOI UM PROCESSO DE AUTO-CONHECIMENTO GRADATIVO”.
“PERCEBI QUE MINHA POSTURA MELHOROU ASSIM COMO A DOR NAS COSTAS QUE SUMIRAM”.
“COLOCO ATITUDE NO MEU CAMINHAR”.
“ACREDITO QUE SE FEZ UMA CLARA CONEXÃO ENTRE O EMOCIONAL E O FÍSICO”.
“AS MUDANÇAS FORAM TANTO NA PARTE FÍSICA COMO NA EMOCIONAL
“TAMBÉM PASSEI A ME SENTIR MAIS FELIZ”.
“MELHOR CONTROLE EMOCIONAL”.
“NA FORMA DE ANDAR E NO ASPECTO EMOCIONAL”.
“BEM ESTAR E MAIS DISPOSIÇÃO EMOCIONAL’.
“DESDE A PRIMEIRA SESSÃO PERCEBI MUITAS MUDANÇAS, INCLUSIVE EMOCIONAIS. EM UM PRIMEIRO MOMENTO, PASSAVA O DIA MUITO ANGUSTIADA, MAS NO DECORRER DA SEMANA ME SENTIA BEM MELHOR, INCLUSIVE FISICAMENTE, COMO SE ESTIVESSE ME ESTICANDO”.
“O PROCESSO FOI ALTAMENTE PROVEITOSO.MUDANÇAS NA MINHA POSTURA INTERIOR E TAMBÉM NA FORMA QUE EU PASSEI A ENCARAR OS DESAFIOS PRESENTES NO MEU DIA A DIA”.
“FOI UM PROCESSO MUITO INTENSO E PROFUNDO. PERCEBI MUDANÇAS POSITIVAS NA POSTURA E AUMENTO NA PERCEPÇÃO DE SENSAÇÕES E SENTIMENTOS”.

“FOI MUITO PRODUTIVO, APRENDI MUITO SOBRE O MEU CORPO. PERCEBI MUDANÇAS NA POSTURA, NA DISTRIBUIÇÃO DO PESO NO CORPO, NO GASTO DE ENERGIA E NA FORMA QUE MEU ESTADO EMOCIONAL INFLUIRA NA POSTURA E GESTOS”.

“O PROCESSO FOI ESSENCIAL EM MINHA VIDA E AS MUDANÇAS SE DERAM EM MUITOS NÍVEIS. NÃO APENAS A MINHA RELAÇÃO FÍSICA COM O MUNDO SE TRANSFORMOU, MAS EMOCIONAL E ESPIRITUAL. HOUVE UMA DISTRIBUIÇÃO, ABERTURA, INTERAÇÃO, EQUILÍBRIO”.

“FOI BEM VISIVEL, OU MELHOR, PERCEPTIVEL TUDO O QUE OCORREU NESSES MAIS OU MENOS DOIS MESES. PRIMEIRO PERDI UMA DUREZA QUE TINHA NOS BRACOS. SEGUNDO TENHO AGORA MAIOR SEGURANCA NO ANDAR E PISO COM O PE TODO NO CHAO. ALEM DISSO ME SINTO MAIS TRANQUILA E COM NIVEL MAIOR DE AUTO-CONHECIMENTO”.

3.2.2.4. PERGUNTA 4

Você acha que Rolfing ajudou você em outros aspectos do seu ser/vida e sua pessoa? (2003-2005).

	BR	EUA	NAPER
N	52	92	177
P	226	380	391

Palavras mais freqüentes:

Tabela 85 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	41	78,85	18,14	Sim	42	45,65	11,05	Sim	78	44,07	21,91
Sim	27	51,92	11,95	Mais	41	44,57	10,79	Mais	35	19,77	9,83
Ajudou	11	21,15	4,87	Sente	22	23,91	5,79	Corpo	21	11,86	5,90
Físico	8	15,38	3,54	Corpo	21	22,83	5,53	Ajudou	12	6,78	3,37
Postura	7	13,46	3,1	Ajudar	17	18,48	4,47	Físico	10	5,65	2,81
Corpo	6	11,54	2,65	Físico	11	11,96	2,89	Emocional	10	5,65	2,81
Emocional	6	11,54	2,65	Melhor	10	10,87	2,63	Relação	9	5,08	2,53
Muito	5	9,62	2,21	Movimento	8	8,70	2,11	Melhor	8	4,52	2,25
Relação	4	7,69	1,77	Dor	7	7,61	1,84	Maior	8	4,52	2,25
Dor	4	7,69	1,77	Emocional	7	7,61	1,84	Postura	8	4,52	2,25
								Consciência	7	3,95	1,97
								Dores	5	2,82	1,40

Palavras agrupadas:

Tabela 86 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Muito	56	107,69	24,78	Sim	93	101,09	24,47	Maior	32	18.08	8,99
Sim	43	82,69	19,03	feliz	50	54,35	13,16	Corpo	28	15.82	7,87
Ajuda	15	28,85	6,64	Sentir	27	29,35	7,11	Físico	26	14.69	7,30
Melhor	13	25	5,75	Corpo	23	25	6,05	Emocional	26	14.69	7,30
Sentir	13	25	5,75	Ajudar	20	21,74	5,26	Melhor	21	11.86	5,90
Físico	10	19,23	4,42	Físico	18	19,57	4,74	Processo	20	11.30	5,62
Relação	9	17,31	3,98	Emocional	13	14,13	3,42	Terapia	14	7,91	3,93
Postura	8	15,38	3,54	Melhor	11	11,96	2,89	Saúde	14	7,91	3,93
Perceber	7	13,46	3,10	Consciente	10	10,87	2,63	Postura	12	6.78	3,37
Corpo	6	11,54	2,65	Processo	9	9,78	2,37	Consciência	12	6.78	3,37

Grupos conceituais:

Tabela 87 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	9	17,31	3,98	26	28,26	6,84	17	9,60	4,35
1 B Movimento...	5	9,62	2,21	17	18,48	4,47	4	2,26	1,02
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	6	11,54	2,65	23	25	6,05	28	15,82	7,16
2 A 2 Físico	10	19,23	4,42	18	19,57	4,74	26	14,69	6,65
2 A 3 Músculo	1	1,92	0,44	4	4,35	1,05	0	0,00	0,00
2 B Partes do corpo	13	25	5,75	5	5,43	1,32	0	0,00	0,00
2 C Outras	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 3									
3 A 1 Dor	4	7,69	1,77	8	8,7	2,11	10	5,65	2,56
3 A 2 Problemas...	2	3,85	0,88	0	0,00	0,00	3	1,69	0,77
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	2	2,17	0,53	2	1,13	0,51
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	6	11,54	2,65	13	14,13	3,42	29	16,38	7,42
4 A 2 Sentir...	13	25	5,75	27	29,35	7,11	8	4,52	2,05
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	8	4,52	2,05
4 B Ans/depre...	10	19,23	4,42	2	2,17	0,53	6	3,39	1,53
4 C R.T.	0	0,00	0,00	9	9,78	2,37	14	7,91	3,58
Grupo 5									
5 A Conhecer...	7	13,46	3,10	27	29,35	7,11	33	18,64	8,44
5 B Mudança...	9	17,31	3,98	22	23,91	5,79	14	7,91	3,58
Grupo 6									
6 A Melhor...	13	25,00	5,75	11	11,96	2,89	21	11,86	5,37
6 B Mais...	71	136,54	31,42	116	126,09	30,53	67	37,85	17,14
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	43	82,69	19,03	50	54,35	13,16	101	57,06	25,83
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 88 Temas emergentes nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Sim/ ótimo	13	25	29	31,52	62	34,88
2	Nota mudanças no emocional	9	17,31	11	11,96	33	19,19
3	Não	2	3,85	4	4,35	26	13,37
4	Nota mudanças no físico	16	30,77	13	14,13	19	11,05
5	Nota mudanças no físico e no emocional	9	17,31	18	19,57	16	9,3
6	A dor sumiu	1	1,92	3	3,26	16	9,3
7	Sente-se com mais saúde	0	0,00	0	0,00	3	1,74
8	Nota mudanças nas relações de trabalho	0	0,00	0	0,00	2	1,16
9	Aumentou a percepção corporal	0	0,00	13	14,13	0	0,00
10	Não sei	2	3,85	1	1,09	0	0,00
	Total	52	100,0	92	100,0	177	100,0

Comentários

NAPER

Segundo os dados apresentados na Tabela 88 Sim foi a palavra mais usada e o tema mais referido (86,63 %, considerando-se todos os temas que implicam numa resposta afirmativa em contrapartida a 13,37 do tema Não).

A pergunta deixa em aberto quais seriam os “outros aspectos do Ser”, a serem enfocados na resposta. Nos resultados da quantificação temática, notamos que houve três direções básicas quanto à resposta a esta pergunta, além das resposta inespecífica Sim (tema 1, 34,88% das respostas) e, da resposta negativa (tema 3, 13,37%), referem-se à dimensão física, à emocional ou a ambas simultaneamente.

As respostas agrupadas no tema 2, o segundo mais freqüente “nota mudanças no emocional”, com 19,19% das respostas e, “nota mudanças no físico e emocional”, que teve 9,30% das respostas se referem à dimensão emocional ou físico-emocional. Quanto à referência a mudanças na dimensão física, temos, além das respostas que combinam mudanças no físico e emocional, combinadas (tema5) “Nota mudanças no físico”; apareceram em 11,05% delas (tema 4); “Aumentou a percepção corporal“, 9,30%, a “dor sumiu” com outros 9,30% e, “sente-se com mais saúde”, com 1, 74% das respostas.

A palavra emocional aparece entre as mais utilizadas (a 3ª mais freqüente junto com físico entre as palavras agrupadas conceitualmente com 7,30 % das 391 palavras analisadas (Tabela 85), e 7,42 % das agregadas no grupo 4 A1 (Tabela 87), que se refere à emoção e correlatas). Este dado, aliado à leitura das frases utilizadas nos discursos dos clientes, sugerem que muitos clientes se surpreenderam com esta experiência, a de terem sido tocados e sofrerem mudanças no nível emocional.

Alem disto, notamos que clientes que responderam terem sido afetados em outras dimensões do seu Ser, sendo esta uma dimensão física (11, 05, tema 4 da Tabela 88), e, na leitura das frases relativas a estes clientes, notamos que estes resultados nem sempre eram esperados.

O aumento de percepção e de consciência foi relatado como ajuda em outros aspectos do ser (9,30%, tema 6 da Tabela 88).

A direção sugerida pelo aparecimento da palavra emocional, consciência e percepção e temas correlatos, bem como das frases mais significativas utilizadas é de que as mudanças foram a de abrir esta dimensão (emocional e pelo desenvolvimento de consciência) para clientes que não esperavam este resultado do Rolfing, como se a consciência tivesse saído da dimensão física e tocado a dimensão emocional
A grande abertura inesperada que o Rolfing representou para muitos foi na dimensão emocional.

Cabe notar que houve 13,37% de clientes que não notaram que Rolfing tenha ajudado em outros aspectos de sua vida, de seu ser (tema 3 da Tabela 88).

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Assim como entre os clientes do NAPER, Sim foi uma resposta das mais freqüentes (tema 1, 25% e 31,52%) entre os clientes da Escola BR e a Escola EUA respectivamente, só sendo superada entre os clientes da Escola BR pelas respostas ligadas à percepção de que houve mudanças na dimensão física, (30,77% das respostas, e que foi o tema mais freqüente em suas respostas - tema 4 , Tabela 88).

Os clientes da Escola EUA tiveram um perfil mais parecido com o dos clientes do NAPER, atestando que Rolfing os ajudou no aspecto físico e no emocional (14,13% tema 4 só físico, 19,57% no tema 5, que combina a percepção física e emocional e 11,96 só no emocional, Tabela 88). Revelou uma maior tendência para a percepção das dimensões físicas que os clientes do NAPER, em que a percepção de Rolfing ter ajudado na dimensão físico-emocional e emocional foi o diferencial nas respostas.

Porém, combinando-se os temas dois e cinco, temos que a percepção de mudanças na esfera emocional corresponde à 34,62, 35,35 e 28,49% respectivamente na Escolas BR, EUA e no NAPER (Tabela 88).

Valor da Pergunta

Esta pergunta, associada à recapitulação de seu objetivo inicial e de se o atingiu ou não, pode abrir para a percepção do ser como um todo, e, ao atestar isto e ajudar na incorporação da experiência.
A pergunta estimula pensar em vários níveis do ser e fazer correlações entre eles. Sua resposta enfatiza o valor da experiência do cliente, em qualquer direção que seja.
Ela esta conectada ao objetivo do cliente, e daí podem surgir as “outras dimensões” aludidas em seu enunciado.

FRASES

“MINHA POSTURA MUDOU E ISSO ME AJUDOU A ASSUMIR UMA ATITUDE MAIS SEGURA”.
“ESTOU MAIS CLARA NO QUE DIZ RESPEITO A ASPECTOS FÍSICOS”...
“SINTO QUE ESTOU MAIS COMUNICATIVA E EXPANSIVA”
“POSSO DIZER QUE ESSA E A TERAPIA NA QUAL EU MAIS ACREDITO POR PROMOVER A SAÚDE INTEGRAL DE UMA PESSOA”.
“AJUDOU-ME A TER MAIS CONSCIÊNCIA DO MEU PRÓPRIO CORPO”
“CONSIGO ENCARAR MELHOR OS PROBLEMAS DA MINHA VIDA E ESTOU MAIS CENTRADA E CALMA”.
“AJUDOU NO MEU EQUILÍBRIO EMOCIONAL TAMBÉM”.
“AJUDOU A COLOCAR AS EMOÇÕES NOS SEUS DEVIDOS LUGARES”.
“AJUDOU A ME POSICIONAR DE OUTRA FORMA EM RELAÇÃO A MIM MESMA E MINHA

POSTURA MUDOU E ISSO ME AJUDOU A ASSUMIR UMA ATITUDE MAIS SEGURA”.
“ME AJUDOU A DESBLOQUEAR O MENTAL”.
“AJUDOU MUITO NA CONCENTRAÇÃO”.
“AJUDOU NA AUTO-PERCEPÇÃO”.
“SÓ AJUDOU CORPORALMENTE”.
“ME FEZ PERCEBER A RELAÇÃO ENTRE O LADO EMOCIONAL E O FÍSICO”
“PRINCIPALMENTE DO PONTO DE VISTA EMOCIONAL E CONSEQUENTEMENTE SOCIAL”.
“DO PONTO DE VISTA FÍSICO E DA PERFORMANCE DA CAMINHADA”.
“AJUDOU A ME POSICIONAR DE OUTRA FORMA EM RELAÇÃO A MIM MESMA E A VIDA”
“PERMITINDO UM MAIOR RELAXAMENTO EM RELAÇÃO A SITUAÇÕES ANTERIORMENTE ESTRESSANTES”.
“CONSIGO ENCARAR MELHOR OS PROBLEMAS DA MINHA VIDA E ESTOU MAIS CENTRADA E CALMA”.
“POSSIBILITOU UMA SENSAÇÃO MAIOR DE AUTOCONFIANÇA E MAIOR DEFESA/ ADAPTAÇÃO FRENTE AS TENSÕES EMOCIONAIS DO DIA A DIA
COMO DISSE ANTES GANHEI MAIOR CONSCIÊNCIA DAS MINHAS NECESSIDADES E DO QUE DEVO FAZER”.
“MUDOU A PERCEPÇÃO DE MIM MESMA COMO PESSOA”.
“OUTROS ASPECTOS DA MINHA VIDA MELHORARAM”.
“VOLTAR A ATENÇÃO PARA MEU CORPO, MUDOU A PERCEPÇÃO DE MIM MESMA COMO PESSOA”.
“SIM, NÃO SEPARO MEU CORPO DE MEU UNIVERSO ANÍMICO, EM VÁRIOS MOMENTOS EM QUE UMA DETERMINADA REGIÃO ESTAVA SENDO TRABALHADA EU PERCEBIA UMA RELAÇÃO COM ALGUMA POSTURA EMOCIONAL MINHA QUE DE CERTO MODO TAMBÉM SE FAZIA TRABALHAR”.
“SIM, ATRAVÉS DO ALIVIO DA ANSIEDADE E SUAS CONSEQÜÊNCIAS CORPORAIS, PERMITINDO UM MAIOR RELAXAMENTO EM RELAÇÃO A SITUAÇÕES ANTERIORMENTE ESTRESSANTES”.

3.2.2.5. PERGUNTA 5

Como você se sente emocionalmente após o processo de Rolfing? (2005)

	BR	EUA	NAPER
N	52	95	90
NP	145	215	162

Palavras mais freqüentes:

Tabela 89 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	33	63,46	22,76	Mais	34	35,79	15,81	Mais	27	30,00	16,67
Bem	23	44,23	15,86	Sente	23	24,21	10,7	Bem	21	23,33	12,96
Muito	17	32,69	11,72	Bom	14	14,74	6,51	Muito	15	16,67	9,26
Feliz	7	13,46	4,83	Muito	11	11,58	5,12	Segura	6	6,67	3,70
Não	6	11,54	4,14	Corpo	9	9,47	4,19	Tranqüilo	6	6,67	3,70
Sinto-me	5	9,62	3,45	Não	7	7,37	3,26	Processo	5	5,56	3,09
Sinto	4	7,69	2,76	Processo	7	7,37	3,26	Tranqüila	4	4,44	2,47
Segura	3	5,77	2,07	Emocional	6	6,32	2,79	Corpo	4	4,44	2,47
Perceber	1	1,92	0,69	Equilíbrio	5	5,26	2,33	Melhor	4	4,44	2,47
Dor	1	1,92	0,69	Dor	4	4,21	1,86	Confiante	3	3,33	1,85

Palavras agrupadas:

Tabela 90 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Maior	54	103,85	37,24	Não	67	70,53	31,16	Mais	50	5,56	30,86
Bem	29	55,77	20,00	Sentir	37	38,95	17,21	Sentir	16	17,78	9,88
Sentir	13	25,00	8,97	Bom	34	35,79	15,81	Tranqüila	12	13,33	7,41
Feliz	9	17,31	6,21	Emocional	18	18,95	8,37	Emocional	11	12,22	6,79
Emocional	4	7,69	2,76	Equilíbrio	15	15,79	6,98	Perceber	6	6,67	3,70
Melhor	4	7,69	2,76	Corpo	10	10,53	4,65	Processo	5	5,56	3,09
Seguro	4	7,69	2,76	Mental	5	5,26	2,33	Fluir	5	5,56	3,09
Corpo	3	5,77	2,07	Energia	4	4,21	1,86	Feliz	5	5	3,09
Perceber	3	5,77	2,07	Dor	4	4,21	1,86	Equilíbrio	4	4,44	2,47
Mudança	2	3,85	1,38	Melhor	3	3,16	1,4	Melhor	4	4,44	2,47

Grupos conceituais:

Tabela 91 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	11	2,89	7,59	21	22,11	9,77	4	4,44	2,47
1 B Movimento...	2	3,85	1,38	2	2,11	0,93	0	0,00	0,00
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	3	5,77	2,07	10	10,53	4,65	0	0,00	0,00
2 A 2 Físico	1	1,92	0,69	1	1,05	0,47	0	0,00	0,00
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 B Partes do corpo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 C Outras	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 3									
3 A 1 Dor	1	1,92	0,69	4	4,21	1,86	0	0,00	0,00
3 A 2 Problemas...	1	1,92	0,69	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	2	2,11	0,93	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	4	7,69	2,76	18	18,95	8,37	11	12,22	6,79
4 A 2 Sentir...	13	25,00	8,97	37	38,95	17,21	16	17,78	9,88
4 A 3 Psicológicas...	1	1,92	0,69	2	2,11	0,93	0	0,00	0,00
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	3	3,16	1,4	3	3,33	1,85
4 C RT	0	0,00	0,00	1	1,05	0,47	5	5,56	3,09
Grupo 5									
5 A Conhecer...	3	5,77	2,07	6	6,32	2,79	6	6,67	3,70
5 B Mudança...	2	3,85	1,38	4	4,21	1,86	5	5,56	3,09
Grupo 6									
6 A Melhor...	4	7,69	2,76	3	3,16	1,4	4	4,44	2,47
6 B Mais...	54	103,85	37,24	34	35,79	15,81	78	86,67	48,15
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	29	55,77	20,00	67	70,53	31,16	80	88,89	49,38
7 B Outros	16	30,77	11,03	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 92 Temas emergentes nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Bem/ ótimo	13	25,00	19	20,00	40	44,45
2	Mais equilibrado/ segura/ feliz	29	55,77	14	14,74	20	22,22
3	Tranqüilo/ calmo	6	11,54	41	43,16	15	16,67
4	Não bem	0	0,00	5	5,26	10	11,11
5	Melhor	0	0,00	0	0,00	5	5,56
6	Estável	0	0,00	4	4,21	0	0,00
7	Não sei	1	1,92	5	5,26	0	0,00
8	Não houve mudanças	3	5,77	7	7,37	0	0,00
	Total	52	100,00	95	100,00	90	100,00

Comentários

NAPER

Nos temas surgidos nas respostas a esta pergunta, temos, nos temas 2 e 3 (38,89% das respostas), respostas que se referem a experiências e estados vistos como positivos para a pessoa (Tabela 92).

Verificando-se as palavras mais utilizadas e agrupadas conceitualmente, Tabela 91, temos que, no grupo 7 A (adjetivos e advérbios variados em que as mais freqüentes foram segura, confiante, alegre, feliz, integra, serena, etc.) consumiu 49,38 das 162 palavras utilizadas e que, no subgrupo 6 B, relacionado à quantidade, (mais, muito) utilizou 48,15 % das palavras analisadas. Combinadas, temos 97,53 das palavras analisadas, reforçando os dados verificados nos temas 2 e 3, com 22,22 e 16,67 respectivamente (Tabela 92).

Na verificação das frases mais significativas dos clientes dadas pelo SPAD.T, notamos que a direção sugerida pelo aparecimento da palavra emocional, consciência e percepção é a de que as mudanças foram a de abrir esta dimensão (emocional e pelo de desenvolvimento de consciência) para clientes que não esperavam este resultado do Rolfing.

Notamos que é como se a consciência tivesse tocado a dimensão emocional, saído da dimensão física. As palavras utilizadas, os temas mais freqüentes vão na direção de uma experiência positiva para o cliente.

O tema 1, o mais freqüente nas respostas (44,45% se contrapõem a 11,11% dos que não se sentem bem emocionalmente, tema 4, Tabela 92). Ambas as respostas requerem investigação, uma vez que, por estarem fora de seu contexto (respostas Bem ou Mal) deixa-nos sem informações para uma compreensão mais profunda delas, como a analise da palavra BEM também. Uma vez que não podemos discriminar entre uma resposta sincera ou uma resposta que denota que a pessoa não está em contato consigo mesma, com sua vida intima e emocional.

Sentem-se mais calmas, centradas, equilibradas, abertas para poder lidar com esta dimensão, psicofísica.

Temos uma porcentagem que não se sente bem emocionalmente. Analisando estes casos, verificamos que são pessoas que já chegaram descrevendo uma condição emocional não satisfatória ou que o contato com sua condição e sentimentos no momento é difícil nesta perspectiva.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Assim como os clientes do NAPER, em que os tema 2 e 3 juntos (mais equilibrada, seguro, feliz e tranqüilo, calmo) representaram 38,89 % das respostas, eles foram 67,31% para os clientes das Escolas BR e 57,80% para os da Escola EUA, estando entre os temas mais freqüentes nas três amostras (Tabela 92).

A amostra da Escola BR não apresentou respostas com emoções negativas, mas 5,26% (tema 4), dos clientes da Escola EUA se disseram estressados, irritados ou exaustos (adjetivos agrupados no grupo 7 A). Assim como 11,11% dos clientes do NAPER (Tabela 91).

Os clientes das Escolas BR e EUA também se reportaram como calmos, relaxados, confiantes, centrados, seguros (adjetivos congregados no grupo 7A da Tabela 91).

Valor da Pergunta

O principal valor desta pergunta recai na abertura para a intenção de se verificar e ensinar sobre a dimensão emocional, incluí-la na reflexão, ensino e pesquisa sobre esta dimensão do ser no trabalho de Rolfing.

Sendo feita no fim do processo, mobiliza o aluno, o cliente e o rolfista. para esta dimensão de maneira comparativa, podendo levá-los à percepção destas transformações.

Sua presença no questionário abre a possibilidade de se poder começar a pesquisar e ensinar sobre esta dimensão, estimulando-se a verificação do fenômeno, a pesquisar o que acontece, verificar resultados, como potencializar a adequação de técnicas e propor o que se pesquisar.

FRASES

"ESTOU NUMA FASE MUITO DIFÍCIL E ACHO QUE ESTAS NOVAS DESCOBERTAS DE COMO ME COMPORTO FISICAMENTE E COMO POSSO MODIFICAR HÁBITOS CORPORAIS FORAM TOTALMENTE TRANSFERIDAS PARA MINHAS EMOÇÕES. E COMO SE ESTIVESSE ARRUMANDO A CASA".

"A DEPRESSÃO TORNA A VIDA EMOCIONAL BEM POBRE. O ROLFING ME COLOCA MAIS EM CONTATO COM AS MINHAS EMOÇÕES, AGORA ESTOU APRENDENDO A LIDAR E TRABALHAR COM ELAS".

"O PROCESSO DESPERTOU EM MIM QUESTÕES EMOCIONAIS QUE EU JÁ HAVIA PERCEBIDO, MAS QUE ESTAVAM IMPRESSAS NO MEU CORPO, COM AS QUAIS AINDA TENHO QUE TRABALHAR. SINTO-ME MAIS ALERTA E MAIS CUIDADOSA COM MINHA SAÚDE GLOBAL".

"ESTOU MUITO MAIS EQUILIBRADA, MAIS CENTRADA, SEM FICAR ME ANTECIPANDO AOS PROBLEMAS".

"BEM, TENHO A IMPRESSÃO DO CORAÇÃO ESTAR LIMPO, SEM MAGOAS".

"EU ME SINTO ÓTIMA E COM MAIS HUMOR E ALEGRIA".

"ME SINTO MUITO BEM, FEZ UM BEM ENORME PRA MIM. FOI UMA EXPERIÊNCIA QUE ME ENSINOU BASTANTE A LIDAR COM O MEU EMOCIONAL".

"MUITO MAIS EQUILIBRADO".

"MAIS CALMA E TRANQÜILA".

"MAIS SEGURA".

"AS EMOÇÕES SÃO MAIS FACILMENTE PERCEBIDAS".

"PENSO QUE ME ABRI MAIS PARA O MUNDO E AS COISAS NÃO PEGAM TANTO

QUANTO PEGAVAM”

“SINTO-ME MAIS CONFIANTE E EMOCIONALMENTE MAIS SEGURA E TRANQÜILA”.

“COM MUITO MAIS EQUILÍBRIO E MAIS CLAREZA EM MUITAS SITUAÇÕES, ACONTECIMENTOS”.

“APARENTEMENTE NÃO PERCEBO ALTERAÇÕES”.

“LOGO APOS AS SESSÕES E SINTO ÓTIMO, HUMORADO.

COM MAIOR CONTROLE”.

“ACHO QUE ALGUMAS ATITUDES MUDARAM. EU ERA BEM FECHADA E GUARDAVA MUITAS COISAS. PENSO QUE ME ABRI MAIS PARA O MUNDO E AS COISAS NÃO PEGAM TANTO QUANTO PEGAVAM”.

“MAIS CONHECEDORA DOS MEUS LIMITES E ACIMA DE TUDO SENDO CAPAZ DE IMPOR LIMITES AOS QUE ESTÃO A MINHA VOLTA”.

3.2.2.6. PERGUNTA 6

Dor -você tem algum comentário a fazer? (2005)

	BR	EUA	NAPER
N	49	86	79
P	374	537	235

Palavras mais freqüentes:

Tabela 93 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Dor	32	65,31	8,56	Dor	57	66,28	10,61	Dor	28	35,44	11,91
Mais	25	51,02	6,68	Costas	37	43,02	6,89	Lombar	14	17,72	5,96
Não	25	51,02	6,68	Direito	37	43,02	6,89	Pescoço	8	10,13	3,40
Lombar	16	32,65	4,28	Esquerdo	34	39,53	6,33	Costas	8	10,13	3,40
Muito	15	30,61	4,01	Menor	32	37,21	5,96	Sinto	8	10,13	3,40
Sinto	13	26,53	3,48	Ombro	29	33,72	5,4	Dores	8	10,13	3,40
Ombros	10	20,41	2,67	Mais	28	32,56	5,21	Ombros	7	8,86	2,98
Costas	10	20,41	2,67	Pescoço	28	32,56	5,21	Coluna	6	7,59	2,55
Joelho	9	18,37	2,41	Inferior	21	24,42	3,91	Ombro	5	6,33	2,13
								Cervical	4	5,06	1,70

Palavras agrupadas:

Tabela 94 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Partes do corpo	116	236,73	31,02	Partes do corpo	215	250,00	40,04	Partes do corpo	118	149,37	50,21
Dor	40	81,63	10,7	Ajudar	110	127,91	20,48	Dor	55	69,62	23,4
Não	34	69,39	9,09	Não	69	80,23	12,85	Sentir	12	15,19	5,11
Sentir	16	32,65	4,28	Dor	69	80,23	12,85	Melhor	11	13,92	4,68
Melhor	10	20,41	2,67	Sentir	16	18,6	2,98	Doenças	8	10,13	3,40
Processo	9	18,37	2,41	Movimento	13	15,12	2,42	Caminhar	6	7,59	2,55
Tensão	8	16,33	2,14	Tensão	9	10,47	1,68	Postura	5	6,33	2,13
Sumiu	7	14,29	1,87	Postura	4	4,65	0,74	Corpo	4	5,06	1,70
Caminhar	6	12,24	1,60	Stress	4	4,65	0,74	Suave	4	5,06	1,70
Movimento	6	12,24	1,60								

Grupos conceituais:

Tabela 95 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	5	10,2	1,34	5	5,81	0,93	5	6,33	2,13
1 B Movimento...	13	26,53	3,48	16	18,6	2,98	6	7,59	2,55
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	1	2,04	0,27	10	11,63	1,86	4	5,06	1,7
2 A 2 Físico	2	4,08	0,53	5	5,81	0,93	0	0,00	0,00
2 A 3 Músculo	2	4,08	0,53	5	5,81	0,93	1	1,27	0,43
2 B Partes do corpo	116	236,73	31,02	195	226,74	36,31	118	149,37	50,21
2 C Outras	8	16,33	2,14	0	0,00	0,00	8	10,13	3,4
Grupo 3									
3 A 1 Dor	40	81,63	10,7	69	80,23	12,85	55	69,62	23,4
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	9	10,47	1,68	2	2,53	0,85
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	29	59,18	7,75	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	16	32,65	4,28	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 A 2 Sentir...	0	0,00	0,00	16	18,6	2,98	12	15,19	5,11
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 B Ans/depre...	3	6,12	0,80	4	4,65	0,74	2	2,53	0,85
4 C R.T.	9	18,37	2,41	5	5,81	0,93	6	7,59	2,55
Grupo 5									
5 A Conhecer...	8	16,33	2,14	3	3,49	0,56	0	0,00	0,00
5 B Mudança...	2	4,08	0,53	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 6									
6 A Melhor...	10	20,41	2,67	6	6,98	1,12	11	13,92	4,68
6 B Mais...	76	155,10	20,32	110	127,91	20,48	0	0,00	0,00
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	34	69,39	9,09	10	11,63	1,86	4	5,06	1,7
7 B Outros	0	0,00	0,00	69	80,23	12,85	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 96 Temas emergentes nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Diminuiu a intensidade	4	8,16	23	26,74	23	29,87
2	Diminuiu a freqüência	17	34,69	20	23,26	20	24,68
3	Sumiram	23	46,94	19	22,09	18	22,08
4	Igual	3	6,12	24	27,91	7	9,09
5	Reconhece os sintomas e as evita	0	0,00	0	0,00	6	7,79
6	Melhorou	0	0,00	0	0,00	3	3,9
7	Não tinha dor	2	4,08	0	0,00	2	2,6
	Total	49	100,00	86	100,00	79	100,00

Comentário

NAPER

A análise temática, Tabela 96, mostra diminuição da dor, em intensidade, em freqüência (tema 1, 29,87%, referindo-se à intensidade ou, tema 2, 24,68, referindo-se à freqüência ou ainda ao desaparecimento delas, tema 3, 22,08%).

Também aparecem respostas (tema 5, com 7,79 % das respostas) que mostram que existe uma administração da dor por parte dos clientes. Aprenderam formas de lidar com a dor.

Os clientes sentem o alívio e apontam para o bem-estar emocional e em sua Qualidade de Vida, advindos desta mudança nas sensações físicas, cujos efeitos são notáveis e estão descrito nas frases abaixo selecionadas.

No tema 4, temos que 9,09% dos clientes não sofreram alterações quanto a este aspecto.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Os dados advindos dos clientes das Escola BR e EUA, tabela 96, corroboram os comentários dos clientes do NAPER (89,79, 72,09 e 76,63% respectivamente, considerando-se os temas 1,2 e 3 conjuntamente), sendo que os clientes da Escola BR relataram uma porcentagem

maior de dores que sumiram (tema 3, com 46,94% das respostas), mais que as congregadas no tema 4, referentes a terem diminuído de intensidade (8,16%).

As dores dos clientes de classe da Escola EUA que se mantiveram-se constantes foram 27,91% das respostas à questão, ou seja, uma tendência maior que nas outras duas amostras (6,12 e 9,09%).

Valor da Pergunta

O dado proveniente das respostas a esta pergunta ratificam os dados colhidos nas perguntas anteriores, quantitativas sobre dor. Seu valor recai, sobretudo em ser um espaço livre de expressão do cliente.

FRASES

“A INTENSIDADE DA DOR ESTA MENOR”.
“NÃO PRECISO MAIS USAR ALMOFADA TÉRMICA PARA DIMINUIR A DOR”.
“AO ESTOU SENTINDO MAIS DOR”.
“O CIÁTICO, NÃO TENHO MAIS DORES, NO PÉ ESQUERDO DIMINUIU QUASE A PONTO DE SUMIR, O PÉ DIREITO NA JOANETE AINDA SINTO DORES DIÁRIAS, MAS MESMO SENDO DIÁRIAS ESTA BEM MENOR E CONTORNÁVEL. ANTES DO ROLFING DOÍA MUITO NEM PODER COLOCAR DIREITO O TÊNIS MAIS ADEQUADO. AGORA JÁ ESTA SENDO POSSÍVEL
CALCAR OUTROS SAPATOS E SANDÁLIAS, EMBORA AINDA DOA UM
POUCO. O COCCIX AGORA SÓ DÓI UM POUCO QUANDO FICO MUITO
TEMPO SENTADA (DE DUAS HORAS PARA CIMA)”.
“NOS JOELHOS A DOR E DIÁRIA, POREM EM BAIXA INTENSIDADE E NOS OMBROS E UMA DOR QUE APARECE CASUALMENTE, MAS TAMBÉM EM BAIXA INTENSIDADE”.
“OMBRO ESQUERDO MAIS RARA E SUAVE. ACHO QUE NÃO POSSO PERDER
DE VISTA A POSTURA E FAZER ALONGAMENTO PARA MANTER ESSA
DOR SOB CONTROLE. QUADRIL DIREITO, BEM RARA, COM A
RECOLOCAÇÃO DA MUSCULATURA DAS PERNAS E PÉS A DOR PRATICAMENTE DESAPARECEU”.
“COLUNA CERVICAL ? NÃO ESTOU SENTINDO MAIS DOR. NÃO ESPERAVA
UMA MELHORA TÃO RÁPIDA. JÁ HAVIA FEITO FISIOTERAPIA E TRAÇÃO E NÃO HAVIA MELHORADO. NAS PERNAS ? NAO ESTOU SENTINDO QUASE NADA. SENTI QUE HOUVE UMA DESCARGA DE ENERGIA”.

3.2.2.7. PERGUNTA 7

Como foi trabalhar com seu Rolfista ? (2000 a 2004)

	BR	EUA	NAPER
N	52	92	416
P	189	324	861

Palavras mais freqüentes:

Tabela 97 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Muito	42	80,77	22,22	Muito	51	55,43	15,74	Muito	219	52,64	25,44
Bom	25	48,08	13,23	Ótimo	36	39,13	11,11	Bom	136	32,69	15,80
Ótimo	13	25,00	6,88	Mais	20	21,74	6,17	Ótimo	77	18,51	8,94
Trabalho	7	13,46	3,70	Senti	14	15,22	4,32	Senti	31	7,45	3,60
Processo	6	11,54	3,17	Bom	14	15,22	4,32	Excelente	28	6,73	3,25
Rolfista	5	9,62	2,65	Confortável	12	13,04	3,70	Processo	21	5,05	2,44
Ajudou-me	3	5,77	1,59	Trabalho	12	13,04	3,70	Maravilhoso	21	5,05	2,44
Agradável	3	5,77	1,59	Rolfista	12	13,04	3,70	Confiança	17	4,09	1,97
Senti	1	1,92	0,53	Corpo	11	11,96	3,40	Corpo	14	3,37	1,63
Sugiro	1	1,92	0,53	Processo	11	11,96	3,40	Melhor	11	2,64	1,28

Palavras agrupadas:

Tabela 98 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Muito	76	146,15	40,21	Bom	126	136,96	38,89	Bom	313	75,24	36,35
Bom	37	71,15	19,58	Bem	61	66,30	18,83	Muito	254	61,06	29,50
Processo	9	17,31	4,76	Sentir	27	29,35	8,33	Sentir	64	15,38	7,43
Partes do corpo	7	13,46	3,70	Experiência	20	21,74	6,17	Processo	27	6,49	3,14
Ajuda	6	11,54	3,17	Processo	16	17,39	4,94	Partes do corpo	23	5,53	2,67
Sentir	5	9,62	2,65	Corpo	11	11,96	3,4	Melhor	20	4,81	2,32
Conseguir	4	7,69	2,12	Ajudar	11	11,96	3,4	Sessão	19	4,57	2,21
Melhor	3	5,77	1,59	Movimento	4	4,35	1,23	Consciência	14	3,37	1,63
Técnicas	3	5,77	1,59	Terapia	4	4,35	1,23	Perceber	13	3,13	1,51
Caminhar	2	3,85	1,06	Conhecer	4	4,35	1,23	Postura	7	1,68	0,81

Grupos conceituais:

Tabela 99 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	2	3,85	1,06	0	0,00	0,00	17	4,09	1,97
1 B Movimento...	3	5,77	1,59	4	4,35	1,23	20	4,81	2,32
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	1	1,92	0,53	11	11,96	3,4	20	4,81	2,32
2 A 2 Físico	0	0	0	2	2,17	0,62	1	0,24	0,12
2 A 3 Músculo	0	0	0	1	1,09	0,31	2	0,48	0,23
2 B Partes do corpo	7	13,46	3,7	0	0,00	0,00	2	0,48	0,23
2 C Outras	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 3									
3 A 1 Dor	1	1,92	0,53	0	0,00	0,00	3	0,72	0,35
3 A 2 Problemas...	2	3,85	1,06	2	2,17	0,62	7	1,68	0,81
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	0	0	0	2	2,17	0,62	4	0,96	0,46
4 A 2 Sentir...	5	9,62	2,65	27	29,35	8,33	64	15,38	7,43
4 A 3 Psicológicas...	2	3,85	1,06	0	0,00	0,00	1	0,24	0,12
4 B Ans/depre...	1	1,92	0,53	1	1,09	0,31	0	0,00	0,00
4 C R.T.	17	32,69	8,99	20	21,74	6,17	27	6,49	3,14
Grupo 5									
5 A Conhecer...	12	23,08	6,35	30	32,61	9,26	27	6,49	3,14
5 B Mudança...	88	169,23	46,56	2	2,17	0,62	56	13,46	6,50
Grupo 6									
6 A Melhor...	3	5,77	1,59	4	4,35	1,23	20	4,81	2,32
6 B Mais...	3	5,77	1,59	72	78,26	22,22	254	61,06	29,50
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	37	71,15	19,58	146	158,7	45,06	313	75,24	36,35
7 B Outros	5	9,62	2,65	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 100 Temas emergentes nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Maravilhoso, excelente, ótimo	19	36,54	25	27,17	99	23,80
2	Houve afinidade na relação, troca, sintonia	12	23,08	17	18,48	74	17,79
3	Bom	9	17,31	0	0,00	73	17,55
4	Bom profissional, atencioso, capacitado	5	9,62	24	26,09	57	13,70
5	Clima gostoso, tranqüilo, relaxante	3	5,77	17	18,48	76	18,27
6	Produziu resultados no trabalho	2	3,85	2	2,17	27	6,49
7	Produziu mudanças no corpo/físico/emocional	0	0,00	0	0,00	6	1,44
8	Faltou algo/ poderia ter sido melhor	0	0,00	5	5,43	4	0,96
9	Faltou confiança	2	3,85	2	2,17	0	0,00
	Total	52	100,00	92	100,00	416	100,00

Comentários

NAPER

Conforme os dados descritos na Tabela 100 trabalhar com seu rolfista é descrito, sobretudo como bom, ótimo, excelente, maravilhoso (temas 1 e 3, correspondendo a 23,80 e 17,79% respectivamente). Mostra que a relação terapêutica foi percebida como eficiente no seu propósito.

O temas 2, que tem 17,79%; 5, com 11,03 % e 5, com 18,27 mostram respostas específicas quanto à qualidade da relação e seu efeito, apontando para um tipo de empatia e transferência positiva em relação ao profissional rolfista.

Alguns clientes (temas 4, 6 e 7 com 13,70, 6,49 e 1,44 respectivamente) descrevem a relação terapêutica em função do trabalho e do atingir-se os objetivos, não em função do contato pessoal, mas levando-o em conta.

Outros revelam características pessoais do terapeuta que ajudaram no processo (tema 4, 13,78% das respostas), que ajudaram na entrega, no desenvolver da confiança, de uma relação que é contexto para que o trabalho de autoconhecimento pudesse acontecer.

A relação rolfista–rolfado se insere também no domínio da relação professor-aluno, como mostram frases selecionadas relatadas abaixo. Existem relatos que falam de aprendizagem. As palavras conhecer, aprender, consciência e os temas afinidade, etc., sugerem o estabelecimento de um "time de trabalho" produtivo.

De forma geral, a relação é vista como bastante positiva. Um por cento dos clientes que concluíram o processo e responderam esta questão, não se mostraram satisfeitos com a relação com seu rolfista (tema 9).

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

Segundo os dados expostos na Tabela 100, as diferenças mais marcantes entre estas amostras está no fato de os clientes da Escola BR terem 36,54% das respostas no tema 1, contra 27,17% das respostas dos clientes de classe da Escola EUA. Somados os temas 1 e 3 (maravilhoso, excelente, ótimo e bom) temos 53,84% das respostas a esta pergunta entre os clientes da Escola BR e, 27,17%, nas Escola EUA, que, por sua vez, teve 26,09 % das respostas no tema 4, que objetiva o comentário em atributos profissionais do rolfista. (bom profissional, capacitada, atenciosa).

Ente os clientes do NAPER, tivemos 41,35% das respostas nos temas 1 e 3, e 13,78% das respostas no tema 4, que objetiva o comentário em atributos profissionais do rolfista.

Tanto nas Escolas BR e EUA como no NAPER, seus clientes apontaram para a afinidade na relação, na troca e na sintonia entre rolfista e rolfado, tema 2, como um aspecto valorizado para responder à questão.

Nas palavras e palavras agrupadas mais freqüentemente utilizadas, descritos nas Tabelas 97 e 98, temos "muito" e "bom" nos primeiro e segundo lugares em todas as amostras.

Valor da Pergunta

Trata-se de um espaço para trazer informações para o rolfista, o que pode ajudá-lo no seu autoconhecimento para ajudar na verificação do tipo de relação que estabelece, completando um ciclo na relação terapêutica, uma vez que a pergunta é feita no fim do processo.

Abre um espaço para o cliente se colocar e, com certeza, tem um valor para a Instituição para evoluir na Educação dos Rolfistas. É uma forma de poder se expressar e de revelar sua gratidão ou qualquer outro sentimento e informações que tenham.

Para a Escola, esta pergunta ajuda a avaliar os alunos quanto à qualidade de seu contato com o cliente.

FRASES

"NOS DEMOS SUPER BEM E ELA ME AJUDOU A ME VER E ME ENTENDER MELHOR".
"SEMPRE DANDO O MELHOR DE SI".
"CAPACIDADE PROFISSIONAL ALIADA A SUA SENSIBILIDADE E PERCEPÇÃO FIZERAM COM QUE PUDÉSSEMOS ALCANÇAR RESULTADOS"
"FOI UM TRABALHO BASTANTE RESPEITOSO".
"FOI UMA TERAPIA CORPORAL E PSICOLÓGICA".
"EU CONSIGO ME ENTREGAR NO TRATAMENTO E AO MESMO TEMPO EU SOU TOTALMENTE ATIVA NESTE TRABALHO".
"COM GRANDE SINTONIA O QUE FACILITOU BASTANTE O TRATAMENTO".
"MUITO BOM MARAVILHOSAMENTE BOM. MUITO OBRIGADO MESMO".
"FOI BOM, ESPERO QUE ALEM DE SUA AJUDA EU TAMBÉM TENHA LHE CONTRIBUÍDO PARA SUA EVOLUÇÃO. PARABÉNS PELO EXCELENTE TRABALHO"
"UMA RELAÇÃO PROFUNDA DE GENEROSIDADE ENTREGA E DIALOGO". "ME SINTO AGRADECIDO E PRIVILEGIADO".
"FOI EXCELENTE. MAIS QUE UM TRABALHO CORPORAL, FOI UMA TERAPIA CORPORAL E PSICOLÓGICA".
"FOI UMA MARAVILHA. SENTI SUA TRANQÜILIDADE, SEGURANÇA E ATENÇÃO PARA COMIGO".
"AGRADEÇO DEMAIS POR ESTE SERVIÇO QUE ELE ME OFERECEU".
"FOI MUITO BOM, POIS ELE À MEDIDA QUE REALIZAVA SEU TRABALHO IA ME EXPLICANDO O PROCESSO E ISTO AJUDA MUITO NA INTERIORIZAÇÃO DAS MUDANÇAS QUE ACONTECEM".
"OCORREU UMA EMPATIA TOTAL, ENTRE AMBAS, FACILITANDO COM ESTA INTERAÇÃO A APLICAÇÃO DO ROLFING".

3.2.2.8. PERGUNTA 8

Como foi ser atendido no naper/ambulatório?
Alguma sugestão (2000 a 2005) ?

	BR	EUA	NAPER
N	45	89	405
P	92	176	846

Palavras mais freqüentes:

Tabela 101 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Não	33	73,33	35,87	Muito	46	51.69	26,14	Bom	133	32,84	15,72
Muito	19	42,22	20,65	Bem	23	25.84	13,07	Bem	57	14,07	6,74
Bom	14	31,11	15,22	Senti	18	20.22	10,23	Ótimo	48	11,85	5,67
Ótimo	9	20,00	9,78	Ótimo	16	17.98	9,09	Muito	123	30,37	14,54
Bem	7	15,56	7,61	Não	11	12.36	6,25	Não	75	18,52	8,87
Mais	5	11,11	5,43	Mais	11	12.36	6,25	Mais	54	13,33	6,38
Organizado	4	8,89	4,35	Todos	9	10.11	5,11	Atendimento	31	7,65	3,66
Sentir	2	4.44	2,17	Saber	7	7,87	3,98	Sugestão	25	6,17	2,96
Ajudar	1	2.22	1,09	Disponível	6	6,74	3,41	Tranqüilo	19	4,69	2,25
Sessões	1	2.22	1,09	Melhor	5	5,62	2,84	Trabalho	16	3,95	1,89

Palavras agrupadas:

Tabela 102 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Muito	41	91,11	44,57	Ótimo	19	125,84	63,64	Bom	442	109,14	52,25
Não	33	73,33	35,87	Sentir	18	20,22	10,23	Certo	84	20,74	9,93
Sentir	4	8.89	4,35	Mais	11	12.36	6,25	Clientes	69	17,04	8,16
Organizado	4	8.89	4,35	Não	11	12.36	6,25	Mais	17	4,20	2,01
Conhecer	3	6,67	3,26	Confortável	10			Aprender	14	3,46	1,65
Sessões	2	4.44	2,17	Melhorar	9	10,11	5,11	Processo	13	3,21	1,54
Melhor	2	4.44	2,17	Sugestão	9	10,11	5,11	Melhor	13	3,21	1,54
Problema	2	4.44	2,17	Corpo	4	4,49	2,27	Sentir	10	2,47	1,18
Movimento	1	2.22	1,09	Cordial	2			Corpo	8	1,98	0,95
Perceber	1	2.22	1,09	Consciente	1	10,11	5,11	Perceber	7	1,73	0,83

Grupos conceituais:

Tabela 103 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	4	8,89	4,35	0	0,00	0,00	7	1,73	0,83
1 B Movimento...	5	6,67	3,26	0	0,00	0,00	16	3,95	1,89
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	0	0,00	0,00	4	4,49	2,27	8	1,98	0,95
2 A 2 Físico	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	3	0,74	0,35
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 B Partes do corpo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	4	0,99	0,47
2 C Outras	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 3									
3 A 1 Dor	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	3	0,74	0,35
3 A 2 Problemas...	2	4,44	2,17	0	0,00	0,00	23	5,68	2,72
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	4	8,89	4,35	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 A 2 Sentir...	0	0,00	0,00	18	20,22	10,23	10	2,46	1,18
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 C R.T.	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	13	3,21	1,54
Grupo 5									
5 A Conhecer...	3	6,67	3,26	9	10,11	5,11	28	9,91	3,31
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	21	5,19	2,48
Grupo 6									
6 A Melhor...	2	4,44	2,17	9	10,11	5,11	13	3,21	1,54
6 B Mais...	41	91,11	44,57	13	14,61	7,39	17	4,20	2,01
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	33	73,33	35,87	112	125,84	63,64	619	152,84	73,17
7 B Outros	2	4,44	2,17	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 104 Temas emergentes nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Bom/ excelente/ ótimo	36	80,00	48	53,93	247	61,09
2	Tranqüilo/ acolhedor/ confortável	1	2,22	31	34,83	57	14,18
3	Boa integração com as outras pessoas	4	8,89	0	0,00	28	6,96
4	Mais do que esperava/ surpreendeu-se…	0	0,00	0	0,00	18	4,12
5	Constrangedor prefiro individual	1	2,22	3	3,37	16	3,61
6	Horário muito rigoroso	2	4,44	2	2,25	10	2,58
7	Não sabem descrever	0	0,00	0	0,00	8	2,06
8	Alternativa para quem não pode pagar	0	0,00	0	0,00	8	2,06
9	Como se tivesse numa clinica particular	0	0,00	0	0,00	7	1,8
10	Falta mais orientação no inicio	1	2,22	2	2,25	6	1,55
11	Condições físicas desconfortáveis	0	0,00	3	3,37	0	0,00
	Total	45	100,00	89	100,00	405	100,00

Comentários

NAPER

No agrupamento das palavras por categorias conceituais, Tabela 102, temos que Bom corresponde a 52,25% das 846 palavras utilizadas, e, nos temas levantados, “bom/ excelente/ótimo”, tema 1 da Tabela 104 temos 61,09% das respostas. Somando-se as categorias, temas 1, 2, 3, 4, 9, temos 88,15 das respostas.

Os temas 5, 6 e 10 mostram as dificuldades relatadas pelos clientes. Dificuldades com a situação coletiva em que o trabalho é desenvolvido no NAPER (tema 5), com aspectos do contrato (tema 6) e de estabelecimento de uma relação institucional (tema 10). A somatória das porcentagens destes temas é de 7,74% (Tabela 104) .

O trabalho no NAPER inclui a variável do fato do trabalho ser coletivo ou seja, no mesmo horário existem três processos acontecendo simultaneamente.

As leituras corporais são feitas em conjunto. Os comentários acima mostram como são particulares as respostas a esta situação, mas também abrem para uma possibilidade de se ter um produto em Rolfing no estilo de uma terapia de grupo, em que o resultado se potencializas pela situação.

Sendo *setting* uma variável presente nos trabalhos terapêuticos, a avaliação desta resposta traz importantes dados para se refletir, não só sobre o conjunto dos dados, que foi bastante positivo, mas também sobre os dados negativos (sobretudo os temas 5,6 que juntos congregam 6,19% das respostas). No caso, os temas emergentes mostram dificuldades com situação coletiva, de exposição em grupo e dificuldades de adaptação à situação (tema 10, com 1,55% das respostas).

Institucionalmente, aparecem temas ligados a horário e a contrato financeiro. A análise destes casos isoladamente apontam para contratos não claros.

Escola BR, Escola EUA e NAPER

Os tema 1, 2, 3 e 4 (Tabela 104), que apontam uma direção positiva na experiência do cliente, no NAPER, juntos representam 86,35% das respostas à pergunta, na Escola BR 91,11% e na Escola EUA 88,76 %. Observamos uma mesma tendência no que diz respeito a como foi trabalhar no NAPER e nas Escolas e entre as Escolas.

A mesma tendência é observada no que diz respeito ao tema 5, com porcentagens de 2,22, 3,37, e 3,61 respectivamente entre os clientes da Escola BR, Escola EUA e NAPER, revelando uma experiência negativa, e, a mesma tendência se observa quanto às variáveis mais relativas a algumas questões contratuais e/ou Institucionais, temas 6 e 10, ainda da Tabela 104.

Valor da pergunta

Mais uma vez, o cuidado com o *setting* para que o trabalho possa acontecer, necessita de informações sobre a experiência dos clientes tanto no ponto de vista administrativo como no ponto de vista clínico.

Aqui, tivemos respostas que vieram das Escolas e do NAPER.

Como se trata de situações atípicas, uma vez que são atendimentos individuais feitos em situação coletiva, o retro-informação da experiência do cliente é importante balizador no planejamento destas situações de atendimento.

FRASES

“E ATE MELHOR PARA O ROLFISTA E O PACIENTE QUE ESTEJAM OUTRAS PESSOAS”
“BOM PORQUE TEMOS TAMBÉM A EXPERIÊNCIA DE DIVIDIR AS DESCOBERTAS COM OUTRAS PESSOAS”.
“PORQUE TEM A OPINIÃO E A TROCA DE EXPERIÊNCIA ENTRE OS ROLFISTAS”
“ACHO QUE A EXPERIÊNCIA DE SER “ROLFADA” FOI ENRIQUECIDA COM ESSE CONVÍVIO”.
“O ACESSO AO ROLFING A QUEM NÃO PODE/ QUER BANCAR UMA TERAPIA EXCLUSIVA”.
“MUITO BOM OUTRAS PESSOAS DANDO SUGESTÕES, UM TRABALHO EM CONJUNTO QUE PERMITIU TODOS OS ROLFISTAS APRENDEREM JUNTOS”.
“EU ADOREI, POIS SE TEM MAIS OPINIÃO QUANDO FAZEMOS A COM TODOS OS ROLFISTAS DO AMBULATÓRIO PARA QUE A SESSÃO SEJA
MAIS CONSCIENTE”.
“O ATENDIMENTO NO NAPER PARA MIM FOI BOM, POREM, NAS SESSÕES COLETIVAS EU NÃO ME SENTI A VONTADE”.
“NO COMEÇO ME SENTI POUCO A VONTADE, MELHOROU UM POUCO, MAS AINDA ME SINTO NÃO TÃO A VONTADE POR SER COM OUTRAS PESSOAS”.
“O ESPAÇO E BASTANTE ACOLHEDOR. SENTI-ME BEM RECEBIDA E EM CONDIÇÕES DE ENTREGAR-ME AO PROCESSO DE MANEIRA CONFIANTE”.
“FOI LEGAL. SUGESTÃO: NÃO MISTURAR OS SEXOS, PELO MENOS NAS SESSÕES EM QUE HAVERÁ FOTOS”.
“FOI BOM. O FATO DE SER UM CENTRO DE ESTUDO ME DEIXA MAIS SEGURA COM RELAÇÃO A QUALIDADE DO ATENDIMENTO”.

3.2.2.9. PERGUNTA 9

Como você falaria do rolfing para outra pessoa? (2000 a 2005)

	BR	EUA	NAPER
N	52	92	395
NP	220	516	1398

Palavras mais freqüentes:

Tabela 105 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Corpo	16	30,77	7,27	Corpo	60	65,22	11,66	Corpo	136	34,43	9,73
Muito	14	26,92	6,36	Rolfing	25	27,17	4,84	Muito	83	21,01	5,94
Não	13	25,00	5,91	Massagem	25	27,17	4,84	Processo	56	14,18	4,01
Processo	8	15,38	3,64	Trabalho	21	21,88	4,07	Postura	48	12,15	3,43
Vida	7	13,46	3,18	Alinhamento	17	18,48	3,29	Mais	46	11,65	3,29
Bem	7	13,46	3,18	Processo	17	18,48	3,29	Melhor	43	10,89	3,08
Corporal	7	13,46	3,18	Estrutural	15	16,30	2,91	Corporal	42	10,63	3,00
Trabalho	6	11,54	2,73	Tecido	14	15,22	2,71	Trabalho	36	9,11	2,58
Melhor	6	11,54	2,73	Músculos	14	15,22	2,71	Tratamento	30	7,59	2,15
Postura	5	9,62	2,27	Profundo	14	15,22	2,71	Técnica	26	6,58	1,86

Palavras agrupadas:

Tabela 106 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Muito	39	75,00	17,73	Corpo	64	66,67	12,40	Corpo	190	48,10	13,59
Não	24	46,15	10,91	Suporte	29	30,21	5,62	Mais	141	35,70	10,09
Corpo	23	44,23	10,45	Alinhamento	25	26,04	4,84	Melhor	76	19,24	5,44
Melhor	16	30,77	7,27	Massagem	25	26,04	4,84	Postura	72	18,23	5,15
Processo	16	30,77	7,27	Estrutura	21	21,88	4,07	Processo	57	14,43	4,08
Consciência	8	15,38	3,64	Movimento	19	19,79	3,68	Consciência	51	12,91	3,65
Sentir	8	15,38	3,64	Muscular	18	18,75	3,49	Técnica	39	9,87	2,79
Perceber	7	13,46	3,18	Físico	11	11,46	2,13	Dor	38	9,62	2,72
Postura	7	13,46	3,18	Mental	10	10,42	1,94	Estrutura	36	9,11	2,58
Vida	7	13,46	3,18	Dor	9	9,38	1,74	Tratamento	34	8,61	2,43

Grupos conceituais:

Tabela 107 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Cliente nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	17	32,69	7,73	98	106,52	18,99	205	51,90	14,66
1 B Movimento...	20	38,46	9,09	26	28,26	5,04	31	7,85	2,22
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	23	44,23	10,45	64	69,57	12,40	190	48,10	13,59
2 A 2 Físico	2	3,85	0,91	11	11,96	2,13	22	5,56	1,57
2 A 3 Músculo	1	1,92	0,45	18	19,57	3,49	21	5,31	1,50
2 B Partes do corpo	6	11,54	2,73	27	29,35	5,23	15	3,79	1,07
2 C Outras	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 3									
3 A 1 Dor	5	9,62	2,27	9	9,78	1,74	38	9,62	2,72
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	24	6,08	1,72
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	8	2,03	0,57
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	4	4,35	0,78	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	2	3,85	0,91	6	6,52	1,16	33	8,35	2,36
4 A 2 Sentir...	8	15,38	3,64	7	7,61	1,36	26	6,58	1,86
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	9	2,28	0,64
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	3	3,26	0,58	7	1,77	0,50
4 C R.T.	16	30,77	7,27	37	40,22	7,17	27	6,84	1,93
Grupo 5									
5 A Conhecer...	29	55,77	13,18	33	35,87	6,40	107	27,09	7,65
5 B Mudança...	6	11,54	2,73	29	31,52	5,62	96	24,30	6,87
Grupo 6									
6 A Melhor...	16	30,77	7,27	13	14,13	2,52	76	19,24	5,44
6 B Mais...	45	86,54	20,45	9	9,78	1,74	141	35,70	10,09
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	24	46,15	10,91	122	132,61	23,64	87	22,03	6,22
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	166	44,03	11,87

O subgrupo 7 B congrega as palavras ligadas à forma de descrição, p.e., tratamento, processo, método, massagem, terapia.

TEMAS

Tabela 108 Temas emergentes nas respostas à pergunta 9 do RC nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Indicaria para outros, “vale a pena”	7	13,46	3	3,26	81	20,48
2	Autoconhecimento/maior contato corpo/mente	1	1,92	13	14,13	81	20,48
3	Melhora a postural/ estrutura	22	42,31	38	41,3	59	14,89
4	Tipo de terapia alternativa/ massagem...	5	9,62	20	21,74	59	14,89
5	Falaria bem do Rolfing	10	19,23	3	3,26	50	12,77
6	Aumenta a consciência corporal	0	0,00	6	6,52	34	8,51
7	Sim	0	0,00	0	0,00	22	5,85
8	Processo doloroso	0	0,00	0	0,00	5	1,33
9	Não sei	0	0,00	0	0,00	3	0,8
10	Diria que traz resultados/ traz conquistas	5	9,62	3	3,26	0	0,00
11	Tira a dor	2	3,85	6	6,52	0	0,00
	Total	52	100,00	92	100,00	395	100,00

Comentários

NAPER

O tema mais freqüente (Tabela 108) é o que denota uma apreciação positiva em relação ao trabalho. “Indicaria para outros/Vale a pena” que, considerado junto com o tema 5, “diria que foi bom”, somam 33,25% das respostas. Se incluirmos a freqüência e porcentagens relativas aos temas 2, 3, 4, 6, 7, respostas que atestam um valor positivo atribuído á experiência e ao trabalho na referência ao mesmo para outras pessoas, temos 89,10% das respostas.

A palavra Corpo é a mais usada (9,73 das 1398 palavras analisadas), denotando uma referência somática ao trabalho de Rolfing.

As palavras mais usadas no grupo 1 (Tabela 107), que congrega as que usam os conceitos centrais do Rolfing, pertencem ao subgrupo 1 A (86,86%), o que mostra a incorporação de um vocabulário pertinente à proposta de trabalho. Na análise temática, verificamos o mesmo nas respostas congregadas no tema 3, 3º mais freqüente relatado na Tabela 108, e responsável por

14,89% das respostas. Apenas 13,13 % das palavras utilizadas no grupo 1 se referem à dimensão do movimento.

Descrevem como um processo 4,55%; um tratamento, 2,35%; uma técnica, 2,05 %; uma terapia, 2,84%; uma massagem, 1,49% (palavras congregados no grupo 7 B da Tabela 107), mostrando os níveis possíveis de se relacionarem com o trabalho. Chama atenção o emprego da palavra processo para descrever o trabalho ser o maior destes, uma vez que inclui uma dimensão que é de terceiro paradigma, mais longe de uma posição corretiva.

Também notório é o aumento de palavras ligadas à consciência, ao conhecimento, à descoberta, à evolução, transformação, como atestam os temas 2 e 6, juntos (Tabela 108), congregando 28,99% das respostas, dados estes, corroborados pela freqüência de palavras no grupo 5 A e 5 B, 14,52 % das 1398 palavras analisadas, descritas na Tabela 107, usadas na mesma magnitude que a palavra Corpo (grupo 2 A 1, com 13,59 %).

O tema 2 (Tabela 108) é aquele, com 20,48% das respostas, e inclui o aspecto de integração mente-corpo emocional. As palavras emoção, emocional reapresentam 2,36% das palavras analisadas (grupo 4 A1, Tabela 107).

Observando-se os resultados do grupo 7 A, das palavras agrupadas por semelhança conceitual, notamos que entre as palavras pulverizados por esta categoria, aparece mais uma vez a dimensão do “liberar”, do “soltar”, do “descomprimir”, “alongar”, etc., nenhum especialmente mais freqüente que o outro, mas em seu conjunto representam um dado a ser observado (13,03%).

No grupo 6 A e B desta mesma tabela, aparecem as palavras ligadas à melhora e à aquisição de algo. Representam 15,53% do total das palavras analisadas. Esta direção para a consciência e evolução do homem são notáveis no uso do Rolfing, tanto nas expectativas como na avaliação dos resultados do trabalho. Rolfing seria descrito como uma ajuda, e como algo que vai na direção do “melhor”, do “mais”, do “melhorar”.

Comparações entre Escola BR, Escola EUA e NAPER

O tema mais freqüente nas escolas é o tema 3 que “define Rolfing como trabalho com postura, estruturação alinhamento corporal, com mais do dobro de freqüência em relação ao tema mais freqüente no NAPER, que foram os tema 1 e 2, ”indicaria para outros” e “autoconhecimento” com 20,48% das respostas cada (Tabela 108).

Os clientes da Escola BR não se relacionaram com o trabalho do ponto de vista de autoconhecimento, maior contato corpo/mente (tema 2, com 1,92% das respostas), diferentemente dos clientes da Escola EUA (14,13 % das respostas) e do NAPER, 20,48% das respostas.

Nos demais aspectos analisados, a tendência das respostas é a mesma nas três amostras estudadas.

Valor da Pergunta

Esta pergunta incentiva o gesto de buscar linguagem para se referir à experiência. Seja encontrando formulações teóricas já pré-existentes, tentando dar forma verbal a experiências sensoriais, atribuir liguagem a sentimentos ou mesmo a elaborar uma maneira de se poder descrever a experiência por que se passou, leva o cliente a uma apropriação dela.

Isto fornece elementos aos profissionais que trabalharam com eles, mostram a possibilidade de verificação de como a experiência está presente na mente de seus clientes, tratando-se de *feed-back* importante.

Igual valor a pergunta tem para a Instituição, uma vez são os clientes os maiores difusores da metodologia, e, o exercício fornecido pela questão poderá ser útil para outras exposições sobre a experiência do Rolfing.

No caso das Escolas, a resposta a esta pergunta permite observar como os alunos ou os profissionais, formados pelas escolas, estão referindo-se ao trabalho e conduzindo os clientes a suas experiências, uma vez que, além da percepção pessoal, muito do que os clientes relatam são reflexos de uma parte educacional presente no processo pelo qual os clientes passam. A linguagem dá forma a experiência.

Diferentemente da pergunta 2 do Relatório do Cliente, que pergunta se atingiu os objetivos, e como foi o processo para ele, esta pergunta pode levar o cliente a buscar uma forma de definição de Rolfing baseado em sua experiência.

Para pesquisa, esta investigação nos permite avaliar como a experiência está sendo digerida pelos clientes.

No contato clínico, a resposta a esta pergunta fornece elementos para o fechamento do processo, podendo ser utilizada na formulação de outras que ajudem na compreensão da experiência.

FRASES

“O ROLFING SOLTA O CORPO E POR CONSEGUINTE FAZ UM MELHOR CONTATO COM A NOSSA ALMA”.
“UM CORPO EQUILIBRADO TRÁS NOVAS FORMAS DE TAMBÉM PERCEBER O MUNDO”.
“O ROLFING TRAZ A GRANDE POSSIBILIDADE DE TRABALHAR O SEU CORPO COM CONSCIÊNCIA”.
“UMA TERAPIA ATRAVÉS DO CORPO”.
“DIRIA QUE E UMA ÓTIMA TÉCNICA DE ALINHAMENTO DO CORPO E QUE OS RESULTADOS SÃO 100% PERCEPTÍVEIS”.
“O ROLFING DESPERTA O CORPO PARA NOVAS ATITUDES”.
“ELE TRÁS BENEFÍCIOS NÃO SÓ PARA O CORPO MAS TAMBÉM PARA O CORPO EMOCIONAL”.
“E UM PROCESSO DE REESCULPIR NOSSO CORPO FÍSICO E PSÍQUICO”
“ROLFING E UMA MANEIRA MUITO EFICAZ DE VOCÊ CONHECER O SEU CORPO E VIVER MELHOR”.
“CONSCIÊNCIA ATRAVÉS DA INTEGRAÇÃO DAS PARTES DO CORPO TENDO EM VISTA UMA MAIOR HARMONIZAÇÃO CORPO X ESPAÇO
DIFERENTE DE QUALQUER OUTRA TÉCNICA PARA MELHORAR O CORPO”. “COMO UMA TÉCNICA QUE PODE AJUDAR A MUDAR SEU CORPO E SUA MENTE”.
“COMO UMA AUTO-AJUDA PARA O SEU CORPO QUE COM CERTEZA INFLUENCIA EM TUDO O MAIS”
“PERMITE ENTRAR EM CONTATO COM VOCÊ MESMO ATRAVÉS DO CORPO E PERMITE TAMBÉM ESTABELECER UMA POSTURA MAIS OBJETIVA”

“UMA TERAPIA CORPORAL QUE ATRAVÉS DE MASSAGENS REORDENA O CORPO”
“ABRANGE TODOS OS DETALHES ENTRE O CORPO E A MENTE”.
“TRABALHAMOS ATRAVÉS DO CORPO ASPECTOS FÍSICOS E EMOCIONAIS”.
“UMA TÉCNICA QUE ALIVIA O STRESS E MELHORA A POSTURA”.
E UM PROCESSO DE PROCURA DE UM MELHOR EQUILÍBRIO
“COMO UMA FORMA MUITO LEGAL DE CORREÇÃO POSTURAL E CONSCIÊNCIA CORPORAL POIS SUGERE CONSCIÊNCIA”.
“TRATAMENTO QUE ME ALIVIOU DEMAIS A DOR E QUE TIVE UM A PERCEPÇÃO MUITO MAIOR DE MIM MESMA”.
“COMO UMA TÉCNICA QUE PODE AJUDAR A MUDAR SEU CORPO E SUA MENTE”.
“TRABALHO CORPORAL QUE REORGANIZA O CORPO E ACOMODA A MENTE”
“INDICANDO COMO UM PROCESSO DE INTEGRAÇÃO CORPORAL/ MENTAL COM EXCELENTES RESULTADOS SOB O ASPECTO EMOCIONAL”.
“UM TRABALHO QUE EXCEDE APENAS A CORREÇÃO POSTURAL”.
“E UM TRABALHO MUITO MAIS INTERNO DO QUE ESTÉTICO”.
“ATITUDES ANTIGAS SÃO DEIXADAS PARA TRÁS E NOVAS SÃO CRIADAS”.
“O ROLFING DESPERTA O CORPO PARA NOVAS FORMAS DE COMPORTARMENTO QUE PROPORCIONA UMA GRANDE CONSCIÊNCIA CORPORAL E EMOCIONAL”
“E UM TRABALHO EXTREMAMENTE EFICIENTE DE REORGANIZACAO FÍSICA, POSTURAL E DE MOVIMENTOS, COM RESULTADOS QUE VÃO ALEM DISSO, PORQUE ENQUANTO VOCÊ REORGANIZA O CORPO, ATITUDES ANTIGAS SÃO DEIXADAS PARA TRÁS E NOVAS SÃO CRIADAS. UM CORPO EQUILIBRADO TRÁS NOVAS FORMAS DE TAMBÉM PERCEBER O MUNDO”.
“JÁ FALEI PARA TODOS OS MEUS AMIGOS. A MEDIDA QUE MEU CORPO E MINHAS ATITUDES FORAM MUDANDO, ELES FORAM PERGUNTADO SOBRE O ROLFING. VARIAS AMIGAS JÁ SE INSCREVERAM. A ANA PAULA, A RENATA AUGUSTO, A CAROLINA JARDIM, O DOUGLAS, ENFIM, OS MAIS PRÓXIMOS, QUE ACOMPANHARAM AS MUDANÇAS NO PROCESSO.
TENHO RECOMENDADO PARA VARIAS PESSOAS COMO UMA TERAPIA EXTREMAMENTE CONTUNDENTE, PARA QUEM TEM VONTADE DE MUDANÇAS PROFUNDAS. E COMO UM PROCESSO DE REESCULPIR NOSSO CORPO FÍSICO E PSÍQUICO”.
“SIM, ALIAS NÃO FALO DE OUTRA COISA, ESTOU MARAVILHADA E GRATA. FOI QUALQUER COISA DE MÁGICO QUE ME ACONTECEU”.
“EU FALO DE BOCA CHEIA. TENHO MUITOS AMIGOS PARA INDICAR E CONTAR DE UMA EXPERIÊNCIA MARCANTE E QUE MUDA TODOS SEUS PENSAMENTOS E IDÉIAS DO SEU PRÓPRIO CORPO, E CLARO, CONSEQUENTEMENTE DA MENTE TAMBÉM”.

“COMO UMA EXPERIÊNCIA MUITO BOA E POSITIVA PARA SE CONSCIENTIZAR DO SEU PRÓPRIO CORPO, E QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR”.
“COMO UMA REVOLUÇÃO DE DENTRO PARA FORA (EMBORA O MÉTODO PAREÇA NO “FORA” ACHO QUE ACONTECE MUITO DENTRO); ESTANDO SOZINHO, POREM MUITO BEM ACOMPANHADO”.
“ACHO UMA EXPERIÊNCIA QUE TODOS DEVERIAM SE PROPOR. ACORDA, ALEGRA E CURA”.
“COSTUMO DIZER QUE E UM TRABALHO CORPORAL TIPO MASSAGEM QUE AUXILIA O EQUILÍBRIO GERAL DO SER”.
“COM ENTUSIASMO! ACREDITO QUE O PROCESSO TENHA SIDO (E SERÁ, AINDA) MUITO POSITIVO NO ÂMBITO FÍSICO, MAS NÃO SÓ. DURANTE O ROLFING, VI IMAGENS, TIVE *INSIGTHS*, AMPLIEI MINHA PERCEPÇÃO PSICOLÓGICA E METAFÍSICA”.
“UM PROCESSO DE AUTO DESCOBERTA, MAIOR CONSCIÊNCIA DE SI, LIBERAÇÃO DE BLOQUEIOS FÍSICOS CRISTALIZADOS PELOS HÁBITOS E EXPANSÃO DEU MOVIMENTO CORPORAL”.
“UM TRABALHO DE ESTRUTURAÇÃO DO CORPO EM QUE SE PERCEBEM MUDANÇAS DE SENSAÇÕES DE PESO NUM PROCESSO LENTO, PARA UMA MAIOR FACILIDADE DE LIDAR COM O CORPO SOB A AÇÃO DA GRAVIDADE”.
“UMA TÉCNICA QUE ALIVIA O STRESS E MELHORA A POSTURA. MELHORA A AUTO-ESTIMA”.
“UM MÉTODO DE TRABALHO CORPORAL QUE REORGANIZA O CORPO E ACOMODA A MENTE, TRANQÜILIZANDO O ESPÍRITO”.
“COMO UM TRABALHO PROFUNDO DE EXPLORAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DO CORPO. MAIS COMO UM PROCESSO DE AUTOCONHECIMENTO CORPORAL (E PSICOLÓGICO)”.
“PERMITE ENTRAR EM CONTATO COM VOCÊ MESMO ATRAVÉS DO CORPO E PERMITE TAMBÉM ESTABELECER UMA POSTURA MAIS OBJETIVA FRENTE A VIDA”.
“UM TRABALHO QUE EXCEDE APENAS A CORREÇÃO POSTURAL, UM TRABALHO CORPORAL QUE PODE INTERFERIR ATE NO FUNCIONAMENTO DOS ÓRGÃOS INTERNOS DO CORPO, COM RESULTADOS SURPREENDENTES”.
“COMO UM ÓTIMO TRABALHO QUE NOS AJUDA A REORGANIZAR O NOSSO CORPO, DE UMA MANEIRA MAIS SAUDÁVEL E CONSEQUENTEMENTE AJUDA-NOS A TERMOS UMA MELHOR POSTURA PERANTE A VIDA”.
“COMO UM PROCESSO DE AUTO-CONHECIMENTO DO CORPO, DOS MOVIMENTOS E DE COMO ELE SE SITUA NO MEIO.E UM PROCESSO QUE REALINHA SEU CORPO RELAXANDO PONTOS DE TENSÃO, ELIMINANDO OU ALIVIANDO A DOR. DEIXA A GENTE MAIS FLEXÍVEL E COM MELHOR POSTURA”.

3.2.3. RELATÓRIO DO ROLFISTA

3.2.3.1. PERGUNTA 1

Quais os objetivos do cliente ? (2004)

N	141
P	486

Palavras mais freqüentes:

Tabela 109 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	F	%N	%P
Postura	26	18,44	5,35
Melhorar	25	17,73	5,14
Dores	24	17,02	4,94
Dor	18	12,77	3,70
Corpo	16	11,35	3,29
Mais	11	7,80	2,26
Lombar	7	4,96	1,44
Melhor	6	4,26	1,23
Eliminar	6	4,26	1,23
Pescoço	5	3,55	1,03

Palavras agrupadas:

Tabela 110 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	F	%N	%P
Dor	75	53,19	15,43
Melhorar	64	45,39	13,17
Lombar	48	34,04	9,88
Postura	48	34,04	9,88
Corpo	36	25,53	7,41
Mais	28	19,86	5,76
Conhecimento	18	12,77	3,70
Mudanças	16	11,35	3,29
Sentir	13	9,22	2,67
Físico	13	9,22	2,67

Grupos conceituais:

Tabela 111 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

Grupo 1	**F**	**%N**	**%P**
1 A Estrutural...	78	55,32	16,05
1 B Movimento...	15	10,64	3,09
Grupo 2			
2 A 1 Corpo	36	25,53	7,41
2 A 2 Físico	13	9,22	2,67
2 A 3 Músculo	3	2,13	0,62
2 B Partes do corpo	117	82,98	24,07
2 C Outras	17	12,06	3,50
Grupo 3			
3 A 1 Dor	75	53,19	15,43
3 A 2 Problemas...	37	26,24	7,61
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00
Grupo 4			
4 A 1 Emoções...	10	7,09	2,06
4 A 2 Sentir...	13	9,22	2,67
4 A 3 Psicológicas...	2	1,42	0,41
4 B Ans/depre...	6	4,26	1,23
4 C R.T.	9	6,38	1,85
Grupo 5			
5 A Conhecer...	30	21,28	6,17
5 B Mudança...	29	20,56	5,97
Grupo 6			
6 A Melhor...	64	45,39	13,17
6 B Mais...	28	19,86	5,76
6 C Outros	0	0,00	0,00
Grupo 7			
7 A Adj/adv	0	0,00	0,00
7 B Outros	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 112 Temas emergentes nas respostas à pergunta 1 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

		F	%
1	Melhorar a postura/ estrutura/ equilíbrio	52	37,21
2	Aliviar dores	43	30,23
3	Melhorar as condições físicas/ emocionais	11	7,75
4	Obter maior autoconhecimento	8	5,43
5	Obter maior equilíbrio emocional	8	5,43
6	Melhorar cifose/lordose/escoliose	8	5,43
7	Melhorar saúde	5	3,88
8	Obter maior qualidade de vida	3	2,33
9	Conhecer o rolfing	2	1,55
10	Fazer manutenção	1	0,78
	Total	141	100,00

Comentários

NAPER

Os objetivos do cliente, vistos sob a ótica do rolfista' são descritos como para melhorar postura e dores em partes do corpo, especialmente nas costas (temas 1 e 2 da Tabela 112, com 37,21 e 30,23 respectivamente). Na Tabela 111, temos que postura, estrutura e equivalentes do Grupo 1 A correspondem a 16,05% das 486 palavras agrupadas por categorias conceituais. Dor e partes do corpo somam 15,43 e 24,07 % das palavras tabuladas. São os grupos que têm maior freqüência de palavras.

Esta descrição mostra uma leitura somática, com ênfase em postura, estrutura, organização, equilíbrio, com referências a corpo, sobretudo a partes do corpo, à dor e à saúde.

É interessante notar que nos 10 temas emergentes nas resposta a esta pergunta, todos se referem a adquirir alguma coisa. Seja no sentido de melhorar, de obter mais alguma coisa (Tabela 112. A palavra melhorar é a segunda mais freqüentemente utilizada tanto em freqüência absoluta como por agrupamento conceitual (Tabelas 109 e 110).

Esta leitura é congruente com os objetivos relatados pelos clientes quanto ao uso de mais palavras ligadas ao conceito central do Rolfing, do ponto de vista físico estrutural (grupo1 A) e ao movimento (16,05 e 3,09% respectivamente).

Comparada com a EI, em que o rolfista deveria escrever com as palavras do cliente, desaparecem as palavras problema (talvez pela visão do rolfista como terapeuta holístico de 3º paradigma) e equilíbrio do grupo 1. As respostas são mais sintéticas, e as palavras mais freqüentes são as mesmas, indicando que já fizeram interpretação dos relatos de seus clientes incluindo sua própria percepção.

Quando comparadas com as respostas de seus clientes, quanto às palavras ligadas à dimensão emocional, congregadas no grupo 4, Tabela 111, das palavras agrupadas por categorias conceituais não estão presentes as palavras terapia e processo, e, apesar de diminuírem em proporção, mantém-se a referência aos quadros de depressão, estresse e ansiedade (vai para análise).

Relatam que seus clientes querem melhorar a relação físico-emocional (7,75, tema 3) e que buscam autoconhecimento (tema 4, com 5,43) e buscam maior equilíbrio emocional (tema 6, com 5,43 %), que, agrupados por sua natureza emocional comum tem um total de 18,61% dos objetivos dos clientes relatados pelos rolfistas (Tabela 112).

Valor da Pergunta

Se respondida no início do processo, a pergunta sobre os objetivos dos clientes, na visão do Rolfista, serve para trazer o profissional para o foco do trabalho, reforçando a empatia possível e dando direção para o início da relação terapêutica, focada nos objetivos do cliente. Ajuda nas próximas perguntas acerca de analise e estratégia de trabalho.

No registro das respostas, repete-se a informação, e a digitação parece redundante. Uma vez que na Entrevista Inicial, pede-se para que o Rolfista registre os objetivos do cliente com as palavras dele, e que, no Relatório do cliente, pede-se para que ele os escreva com suas palavras, após o processo. Aqui, o rolfista deve redigi-los com sua própria linguagem e interpretação.

Com esta alegação, esta pergunta não foi aplicada nas Escolas.

Para efeitos de pesquisa, poderíamos verificar e comparar se os Objetivos do cliente, descritos na Entrevista Inicial, são os mesmos que o rolfista relata no RR.

FRASES

“CESSAR DORES LOMBARES”.
“DORES NOS OMBROS, CORRIGIR POSTURA, SE LIVRAR DO STRESS”.
“MELHORAR POSTURA E AUTOCONHECIMENTO”.
“MELHORAR A AUTO-ESTIMA, A POSTURA. TER MELHOR CONHECIMENTO DO CORPO COMO UM TODO, CONSCIÊNCIA”.
“BUSCA DE EQUILÍBRIO FÍSICO E EMOCIONAL”.
“CONHECER O ROLFING, AUTOCONHECIMENTO”.
“CORRIGIR POSTURA, SER MAIS LEVE ENCARAR MUNDO DE FRENTE, DE PEITO ABERTO”.
“ATINGIR MELHOR RELACIONAMENTO COM O CORPO E ALMA”. “CONHECER MELHOR O CORPO”.
“UM STRESS QUE FORMIGA ATRAVÉS DE UM ZUMBIDO NA CABEÇA”,
“ESPERA MELHORAR A DOR NA COLUNA. MELHORAR A POSTURA E OS MOVIMENTOS; CONTINUAR ÁGIL, SEM FICAR TRAVADA, VOLTAR PARA O PRUMO, E VER O QUE ACONTECE”.
“CONSCIÊNCIA CORPORAL”
“MELHORAR POSTURA FÍSICA E EMOCIONAL”
“BUSCA DE HARMONIA. SENTIR O CORPO COMO UM TODO”.
“MELHORAR POSTURA. NÃO ESTA SATISFEITA COM O FUNCIONAMENTO DO CORPO”.
“MELHORAR A CORCUNDA E DORES NELA”.
“CONSCIÊNCIA CORPORAL”
“O OBJETIVO DA CLIENTE ERA MELHORAR DE SUAS DORES”
“CONSCIÊNCIA CORPORAL E ALIVIO DA DOR. TALVEZ CONEXÃO ENTRE DOR E MOMENTO PSICOLÓGICO EM QUE SE ENCONTRA”.
“CONHECIMENTO CORPORAL, ELIMINAR BLOQUEIOS FÍSICOS”.
“PARA O SEU BEM ESTAR. REALINHAR”.

3.2.3.2. PERGUNTA 2

O que você observa no seu cliente / análise (2000 a 2005).

	BR	EUA	NAPER
N	42	100	354
P	351	1831	3476

Palavras mais freqüentes:

Tabela 113 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
G	62	147,62	17,66	G	105	105,00	5,73	Mais	115	32,49	3,31
Mais	26	61,90	7,41	Mais	101	101,00	5,52	Muito	80	22,60	2,30
Cintura	16	38,10	4,56	Anterior	67	67,00	3,66	Corpo	69	19,49	1,99
Linha	14	33,33	3,99	Corpo	61	61,00	3,33	Movimento	58	16,38	1,67
Orientação	13	30,95	3,70	Alinhar	50	50,00	2,73	Pelve	55	15,54	1,58
Escapular	12	28,57	3,42	Pelve	57	57,00	3,11	Cintura	50	14,12	1,44
Suporte	10	23,81	2,85	Perna	43	43,00	2,35	Pernas	46	12,99	1,32
Movimento	10	23,81	2,85	Caminhar	43	43,00	2,35	Tensão	44	12,43	1,27
Pelve	9	21,43	2,56	Movimento	42	42,00	2,29	Escapular	43	12,15	1,24
Percepção	7	16,67	1,99	Respirar	35	35,00	1,91	Ombros	42	11,86	1,21

Palavras agrupadas:

Tabela 114 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	66	157,14	18,80	Soltar	752	752,00	41,07	Partes do corpo	1032	299,13	29,69
G	64	152,38	18,23	Pelve	200	200,00	10,92	Doenças	493	142,9	14,18
Cintura	53	126,19	15,10	Pernas	143	143,00	7,81	Mais	299	86,67	8,60
Escapular	51	121,43	14,53	G	128	128,00	6,99	Caminhar	159	46,09	4,57
Orientação	25	59,52	7,12	Movimento	120	120,00	6,55	Suporte	123	34,75	3,34
Alinhamento	22	52,38	6,27	Mais	119	119,00	6,50	Corpo	108	31,30	3,11
Movimento	19	45,24	5,41	Alinhar	73	73,00	3,99	Muito	80	22,60	2,30
Suporte	18	48,86	5,13	Respirar	64	64,00	3,50	Tensão	71	20,58	2,04
Andar	15	35,71	4,27	Corpo	64	64,00	3,50	Dor	54	15,65	1,55
Percepção	7	16,67	1,99	Organizar	35	35,00	1,91	Postura	34	9,86	0,98

Grupos conceituais:

Tabela 115 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	BR			**EUA**			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	25	59,52	7,12	175	175,00	9,56	141	39,83	4,06
1 B Movimento...	151	359,52	43,02	374	374,00	20,43	286	80,79	8,23
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	5	11,9	1,42	64	64,00	3,50	108	30,51	3,11
2 A 2 Físico	1	2,38	0,28	0	0,00	0,00	8	2,26	0,23
2 A 3 Músculo	4	9,52	1,14	5	5,00	0,27	18	5,08	0,52
2 B Partes do corpo	30	71,43	8,55	150	150,00	8,19	1032	291,53	29,69
2 C Outras	29	69,05	8,26	30	30,00	1,64	493	139,27	14,18
Grupo 3									
3 A 1 Dor	1	2,38	0,28	16	16	0,87	54	15,25	1,55
3 A 2 Problemas...	10	23,81	2,85	5	5,00	0,27	71	20,09	2,04
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	21	5,93	0,60
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	15	4,24	0,43
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	1	2,38	0,28	3	3,00	0,16	19	5,37	0,55
4 A 2 Sentir...	0	0,00	0,00	34	34,00	1,86	33	9,32	0,95
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	25	7,06	0,72
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	8	8,00	0,44	26	7,38	0,75
4 C R.T.	0	0,00	0,00	23	23,00	1,26	14	3,95	0,4
Grupo 5									
5 A Conhecer...	7	16,67	1,99	7	7,00	0,38	41	11,58	1,18
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	12	12,00	0,66	36	10,17	1,04
Grupo 6									
6 A Melhor...	3	7,14	0,85	17	17,00	0,93	30	8,47	0,86
6 B Mais...	66	157,14	18,80	156	156,00	8,52	299	84,46	8,60
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	18	42,86	5,13	752	752,00	41,07	708	200,00	20,37
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 116 Temas emergentes nas respostas à pergunta 2 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Melhorar a postura/ equilíbrio/ alinhamento/ estrutura	28	66,67	42	42,00	152	42,99
2	Tem o peito apertado/ espaço interno reduzido	0	0,00	0	0,00	37	10,37
3	Questões estruturais e de movimento	9	21,43	36	36,00	30	8,54
4	Muita tensão corporal	0	0,00	0	0,00	29	8,23
5	Precisa de maior equilíbrio emocional	0	0,00	5	5,00	28	7,93
6	Sente dor	0	0,00	0	0,00	24	6,71
7	Tem cifose/ lordose/ escoliose	4	9,52	0	0,00	23	6,40
8	Adquiriu consciência do corpo	0	0,00	0	0,00	9	2,44
9	Outros	1	2,38	2	2,00	8	2,44
10	Não se sente bem com corpo (quer mudar)	0	0,00	0	0,00	7	1,83
11	Paciente está de bem consigo, calmo	0	0,00	0	0,00	5	1,52
12	Não integração físico/ emocional	0	0,00	15	15,00	2	0,61
	Total	42	100,0	100	100,0	354	100,0

Comentário

NAPER

A análise dos rolfistas é feita, sobretudo em termos corporais, referindo-se ao corpo e (e suas partes, Grupo 2B, 29,69% das 3476 palavras analisadas, Tabela115). É feita, tanto em termos estáticos como em movimento, incluído-se análises funcionais, uma vez que se encontra a freqüente referência a movimento (66,66 % em contrapartida a 33,33 % de palavras do grupo A 1, Tabela 115). Algumas palavras centrais do Rolfing como equilíbrio, linha, eixo, não apareceram na lista das palavras mais freqüentemente usadas. Utilizam, em sua análise, mais que seus clientes na sua descrição de objetivos, palavras ligadas à função (grupo 1 B com 66,66% das palavras do grupo 1 e no tema 3 , com 8,54 % das respostas,Tabela 116). Analisam-se as tensões musculares como organizadores da estrutura e qualificadores do movimento (tema 5, com 8,23 % das respostas, Tabela 116).

Quanto à dimensão emocional e social de seus clientes, temos no tema 5, com 7,93 % (Tabela 116) de respostas, referindo-se a leituras que implicam uma dimensão emocional, referências

a estados de personalidade. Aparece menção aos estados depressivos e ansiógenos, mais que seus clientes o fazem. Empregam pouco as palavras do grupo 5, os termos consciência e os que se referem a conhecimento, à aprendizagem (Tabela 115).

Não parece que tenham feito a ponte entre a dimensão emocional e a física? Será que sabem entender o "corpo emocional'? A queixa emocional é vista do ponto de vista somático? Será que tem formado uma visão psicobiológica?".

Escola BR, Escola EUA e NAPER

Os alunos das Escolas BR e EUA usaram mais palavras ligadas ao conceito central de Rolfing, como estrutura, equilíbrio, conectar que os rolfistas do NAPER, e também mais palavras ligadas à dimensão funcional do trabalho, sendo que os alunos da Escola BR ainda mais que os da Escola Americana (43,02 % contra 20,43 e 8,23, respectivamente em relação aos rolfistas Escola EUA e NAPER, conforme os dados da Tabela 115).

A palavra movimento está na lista das mais freqüentemente usadas pelos rolfistas dos três grupos observados (tabela 113).

Os rolfistas do NAPER tenderam a utilizar mais um pensamento analítico, descreviam suas análises, em função de partes do corpo.

Quanto à dimensão emocional ou de consciência e aprendizagem, o tema não esteve presente entre os alunos da Escola BR e esteve em 6% das respostas da Escola EUA e 7,93% das respostas do NAPER, Tabela 116. Poucas palavras foram usadas para se referir à consciência e ao adquirir conhecimento (1, 99, 0, 38 e 1,18% respectivamente na Escola BR, EUA e NAPER, conforme descrito na Tabela 115).

Valor da Pergunta

Esta pergunta elicia um pensamento analítico, e ela fornecerá subsídios para a elaboração de estratégias e à seleção de técnicas a serem utilizadas com o cliente no trabalho. Serve também como um registro para se poder dar seguimento ao processo por outro profissional, caso necessário.

Tem um valor pedagógico, uma vez que serve como um exercício de análise e, pela sua resposta, pode-se rastrear a leitura do rolfista.

O acolhimento de queixas e as observações que pertencem à esfera psicobiológica deveriam poder ser traduzidas em termos corporais.

No Manual de preenchimento dos Questionários existe uma primeira listagem de técnicas e sistemas de leitura disponíveis na cultura do Rolfing, mas que foi este pouco claro nas respostas dos rolfista em sua utilização.

Do ponto de vista psicobiológico, estas respostas denotam uma análise que tem pouca referência a esta dimensão.

Nota-se, na tabulação destas respostas, que estes relatórios foram muitas vezes preenchidos depois do processo e não antes. Tem mais valor se escrito antes, no começo do processo, não retroativamente.

FRASES

"A QUALIDADE DE SEU CAMINHAR E DE SEU FOCO DE VISÃO E BASTANTE DIRETO. ELA TEM TENDÊNCIA DE COMPRESSÃO DE SUA LINHA. REGIÃO CINTURA E ENCURTADA. LOMBAR TENSA. A PELVE PODERIA DAR MAIS SUPORTE PARA A CAIXA TORÁCICA".

"OBSERVO AS EXTREMIDADES MUITO AFINADAS E COM A COR MAIS ESCURA".

"OMBRO PRESO E BRAÇO SEM MOVIMENTO. POUCA ENERGIA".

"SEM SUPORTE, ESCOLIOSE".

"PACIENTE COM EXPECTATIVAS DE UM TRABALHO QUE CONTEMPLE TAMBÉM O SEU CRESCIMENTO ESPIRITUAL. BUSCA DE EQUILIBRO FÍSICO E MENTAL. TEM TIPO INTERNO UMA MAIOR NECESSIDADE DE TRABALHAR SUA SLEEVE, VINDO DEPOIS CINTURA ESCAPULAR, PÉLVICA, AXIAL E CORE".

"G MAIS A FRENTE QUE G´. RETIFICAÇÃO TORÁCICA ALTA. PERNAS EM X. ESCOLIOSE, DIAFRAGMA COMPRIMIDO".

"PG PELVE EXTERNA; SG E COLUNA INTERNA (J. SULTAN) FIXO EM INSPIRAÇÃO. ARCO COSTAL PROJETADO PARA FRENTE; DIAFRAGMA PRESO ATRÁS. BRAÇO, COTOVELO E PULSO EM FLEXÃO; TENSO. OMBROS RODADOS PARA DIREITA. PELVE

SHIFT ANTERIOR. G MAIS A FRENTE QUE G´. PELVE ESTREITA; PERNA RODADA PARA FORA; ARCOS MEDIAIS ALTOS; DEDOS DOS PÉS ENCAVALADOS, TENSOS; DEDOS EM MARTELO. JOANETE NÃO DEIXA PESO IR PARA O CHÃO SUSPENSÃO".
EMOCIONALMENTE ME PARECE BEM".

"JOÃO TEM UM DESAJUSTE PSICOLÓGICO GRANDE, ACHO QUE VEIO PROCURAR A CURA ATRAVÉS DO CORPO. VEJO MUITA TENSÃO NA CABEÇA EM DETRIMENTO DE POUCA PERCEPÇÃO CORPORAL. QUADRIS E SOALHOS PÉLVICOS BEM PRESOS. MUITA TENSÃO NA LINHA LATERAL".

"CILINDROS ? TORÇÃO NO ABDÔMEN. UMBIGO PUXADO PARA ESQUERDA. ANALISE DO CAMINHAR ? NÃO USA DEDOS E JOGA BACIA QUANDO ANDA. FALTA DIFERENCIAR PERNAS E BACIA. CABEÇA E CINTURA ESCAPULAR. G?TRONCO A FRENTE DE BACIA G. BRAÇOS E PERNAS RODADOS MEDIALMENTE. JOELHOS HIPEREXTENDIDOS. POUCA ORIENTAÇÃO ESPACIAL. PARECE QUE TEM ALGO GUARDADO DENTRO ESPERANDO PARA SAIR (IMATURA) CRESCER."

3.2.3.3. PERGUNTA 3

O que você deseja para seu cliente? Quais seus objetivos? Qual seu projeto para atingir este objetivo? (2000 a 2005)

	BR	EUA	NAPER
N	42	97	351
P	216	1219	2684

Palavras mais freqüentes:

Tabela 117 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Suporte	20	47,62	9,26	Mais	74	76,29	6,07	Mais	243	69,23	9,05
Mais	15	35,71	6,94	Corpo	52	53,61	4,27	Suporte	101	28,77	3,76
Orientação	14	33,33	6,48	Pelve	44	45,36	3,61	Maior	72	20,51	2,68
G	11	26,19	5,09	Movimento	39	40,21	3,20	Corpo	62	17,66	2,31
Movimento	9	21,43	4,17	Suporte	35	36,08	2,87	Cintura	57	16,24	2,12
Melhorar	9	21,43	4,17	Costas	33	34,02	2,71	Escapular	50	14,25	1,86
Percepção	8	19,05	3,7	Ombro	28	28,87	2,30	Melhor	49	13,96	1,83
Espaço	7	16,67	3,24	Centro	28	28,87	2,30	Melhorar	48	13,68	1,79
Espacial	7	16,67	3,24	Pescoço	28	28,87	2,30	Movimento	41	11,68	1,53
Maior	5	11,90	2,31	Cintura	27	27,84	2,21	Pelve	36	10,26	1,34

Palavras agrupadas:

Tabela 118 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	21	50,00	9,72	Partes do corpo	414	426,80	33,96	Partes do corpo	799	227,64	29,77
Maior	21	50,00	9,72	Suporte	280	288,66	22,97	Mais	367	104,56	13,67
Movimento	15	35,71	6,94	Movimento	63	64,95	5,17	Melhor	122	34,76	4,55
Mobilidade	15	35,71	6,94	Espaço	56	57,73	4,59	Suporte	115	32,76	4,28
Espaço	14	33,33	6,48	Corpo	54	55,67	4,43	Corpo	90	25,64	3,35
Orientação	14	33,33	6,48	Gravidade	29	29,9	2,38	Chão	80	22,79	2,98
G	11	26,19	5,09	Melhorar	24	24,74	1,97	Movimento	79	22,51	2,94
Melhorar	11	26,19	5,09	Alinhar	23	23,71	1,89	Equilíbrio	38	10,83	1,42
Percepção	8	19,05	3,70	Dor	22	22,68	1,80	Organizar	37	10,54	1,38
Alinhar	6	14,29	2,78	Equilíbrio	16	16,49	1,31	Perceber	30	8,55	1,12

Grupos conceituais:

Tabela 119 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	23	54,76	10,65	88	90,72	7,22	274	78,06	10,21
1 B Movimento...	61	145,24	28,24	156	160,82	12,80	242	68,95	9,02
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	4	9,52	1,85	54	55,67	4,43	90	25,64	3,35
2 A 2 Físico	1	2,38	0,46	0	0,00	0,00	5	1,42	0,19
2 A 3 Músculo	1	2,38	0,46	4	4,12	0,33	4	1,14	0,15
2 B Partes do corpo	33	78,57	15,28	414	426,80	33,96	799	227,64	29,77
2 C Outras	0	0,00	0,00	16	16,49	1,31	5	1,42	0,19
Grupo 3									
3 A 1 Dor	1	2,38	0,46	22	22,68	1,80	25	7,12	0,93
3 A 2 Problemas...	2	4,76	0,93	9	9,28	0,74	0	0,00	0,00
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	1	2,38	0,46	2	2,06	0,16	18	5,12	0,67
4 A 2 Sentir...	1	2,38	0,46	10	10,31	0,82	24	6,84	0,89
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	3	0,85	0,11
4 B Ans/depre...	1	2,38	0,46	0	0,00	0,00	5	1,42	0,19
4 C R.T.	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	23	6,55	0,86
Grupo 5									
5 A Conhecer...	23	54,76	10,65	42	43,3	3,45	82	23,36	3,06
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	6	6,19	0,49	16	4,56	0,60
Grupo 6									
6 A Melhor...	11	26,19	5,09	24	24,74	1,97	122	34,76	4,55
6 B Mais...	21	50	9,72	15	15,46	1,23	367	104,56	13,67
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	32	76,19	14,81	280	288,66	22,97	580	165,24	21,61
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 120 Temas emergentes nas respostas à pergunta 3 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Suporte/ chão	14	33,33	18	18,56	117	33,88
2	Soltura/ equilíbrio/ alinhamento/ orientação espacial	14	33,33	47	48,45	58	16,45
3	Maior conscientização corporal	2	4,76	5	5,15	38	10,53
4	Movimento/mobilidade/flexibilidade/contralateralidade	6	14,29	0	0,00	35	9,87
5	Conexão, eixo	0	0,00	0	0,00	21	5,92
6	Ampliar tórax	0	0,00	0	0,00	18	5,26
7	Melhorar as dores	0	0,00	7	7,22	16	4,61
8	Aliviar tensões corporais	2	4,76	10	10,31	15	4,28
9	Melhorar a relação físico/ emocional	2	4,76	10	10,31	10	2,96
10	Melhorar postura	0	0,00	0	0,00	10	2,96
11	Receita clássica	2	4,76	0	0,00	5	1,32
12	Atingir objetivos	0	0,00	0	0,00	4	0,99
13	Desistiram	0	0,00	0	0,00	3	0,66
14	Toque	0	0,00	0	0,00	2	0,33
	Total	42	100,0	97	100,0	351	100,0

Comentários

NAPER

Quanto ao projeto de trabalho do rolfista para seus clientes, notamos que se referem, sobretudo, ao Corpo e Partes do Corpo (29,77%, grupo 2 B, o de maior freqüência entre as 2691 palavras analisadas, apresentadas na Tabela 119).

O vocabulário ligado aos conceitos centrais do Rolfing (grupo 1A), da mesma tabela, aparece bastante, em primeiro lugar, refletindo a natureza somática do método, e, em segundo lugar, demonstrando uma atitude analítica, e a transposição disto para o estabelecimento de projetos. No Grupo 1, percebe-se um equilíbrio entre as palavras que se referem às dimensões estrutural e funcional. (1 A com 43,10% e, 1 B, com 46,90% respectivamente dos 19,23% correspondentes ao Grupo 1) e que se manifestam nos temas 4 e 5, conjuntamente com 15,79% das respostas (Tabela 120).

Comparando-se com as respostas à Pergunta 1 do Relatório do Rolfista, objetivos dos clientes (83,86 x 16,14% para os subgrupos 1A e 1B respectivamente, Tabela 111), em que as proporções entre estrutura e movimento são diferentes, sugerem que mesmo os clientes relatando poucos objetivos de natureza funcional, os rolfistas os incluem em seus objetivos, utilizando-se palavras referentes a movimento, 46,90%, conforme dados da Tabela 119.

Diminui bastante a referência à dor, o que revela a atitude do rolfista em relação ao seu trabalho, que não é a de se colocar para tratar de sintomas, mas a de trabalhar na direção da Integração Estrutural e, então, conseqüentemente afetar os sintomas apresentados e que poderiam ser aliviados, tratando, assim, profilaticamente da saúde. Esta postura é congruente com a formação dos profissionais, a postura filosófica e a visão de homem de Rolf.

No grupo 7, da Tabela 119, que aqui se refere a qualidades e verbos que foram usados para descrever seus projetos, os rolfistas usaram palavras (com suas freqüências pulverizadas pelos 21,61%, do grupo e presentes nos temas 2 e 4 (Tabela 120), respectivamente com 16,45 e 9,87 % das respostas como: abrir, descomprimir, liberar, relaxar, soltar, aliviar, alongar, liberar. Estas palavras, usadas para definir propostas de trabalho, revelam a percepção do estado e de um potencial de transformação. A meta, o desejo do Rolfista de libertação, de expansão e de liberdade para seu cliente, colocando-se como agente participante desta transformação.

O grupo temático de maior freqüência foi o que congrega os temas ligados a suporte, central ao pensamento sobre Rolfing e um dos princípios que rege o trabalho de leitura e de estrategização (tema 1 com 33,88 % das respostas, Tabela 120). Notamos falta de referência aos outros princípios de estrategização do Rolfing. Levantamos a possibilidade de aprendizagem dos deles não terem sedimentado, uma vez que não foram utilizados. Não pode haver Integração Estrutural se não houver suporte na própria estrutura para sua estabilização. Suporte é um dos princípios de estrategização em Rolfing. Não aparece uso da palavra suporte no ponto de vista emocional, que é uma extensão deste conceito e que também pode ter reflexo na organização estrutural.

“Melhor e melhorar”, 6 A e “mais” 6 B são o grupo de palavras agrupadas por categorias conceituais, Tabela 119, que juntas têm a segunda maior freqüência (Grupo 6 A e B com

18,22% das 2684 palavras analisadas). Isto sugere uma atitude básica presente no trabalho: de ajuda e de expectativa de melhora das condições do cliente.

Do ponto de vista psicobiológico, aparecem referências às palavras emocional ou psicológico (18 das 2684 palavras analisadas, correspondentes a 0,67) e, somente 5, 0,19% à ansiedade ou à depressão. Confiança e Segurança juntas foram mencionadas 23, vezes representando 0,56% do Grupo 4 C, relatado na Tabela 119.

As palavras ligadas à dimensão emocional, pouco freqüentemente utilizadas nesta pergunta, não fazem parte do vocabulário dos rolfistas quando tentam organizar seus objetivos de trabalho (2,96%, no tema 9). Provavelmente a ausência desta referência indica preocupação dirigida somente para o somático e carece de se fazer pontes entre estas dimensões.

Têm-se mais objetivos nesta dimensão, mas nas estratégias de trabalho não se faz esta ponte, o que torna os resultados obtidos nesta área não intencionais e, sim, aleatórios.

Colocam em seus objetivos para seus clientes palavras ligadas à conscientização, ao ensinar e ao educar, (temas 3, o 3º mais freqüente, com 10,53 % das respostas), revelando esta preocupação do profissional no processo: um educador, um facilitador. Assim, inclui-se esta perspectiva nos objetivos, inclui-se o cliente noutra dimensão de participação no processo, não o de um paciente, mas o de alguém que está num processo de evolução.

Aparece também o uso da palavra energia em quantidade significativamente maior que à que usam os clientes.

Comparações entre Escola BR, EUA e NAPER

Entre os grupos de palavras mais freqüentemente utilizadas, relatadas na Tabela 119, tivemos que os alunos da Escola BR utilizaram quase exclusivamente palavras da dimensão de Movimento, com exceção de Mais e Melhor, advérbios quantitativos, aliadas às partes do corpo em seus objetivos para o trabalho com seus clientes, enquanto que os alunos da Escola EUA apareceram entre as palavras mais freqüentemente utilizadas além de “mais”, e de “movimento”, partes do corpo e algumas palavras referentes aos conceitos centrais do ‘Rolfing como gravidade, equilíbrio. Já, no NAPER, estas dimensões apareceram mais

equilibradamente entre as palavras mais freqüentemente utilizadas, tendência observada que foi corroborada pelos agrupamentos conceituais do grupo 1 A e 1 B e 2 B.

Na análise temática, temos que os alunos da Escola BR mostraram, em 14,29% das respostas, objetivos ligados a movimento (tema 4, contra 0 na Escola EUA, e 9,87, do NAPER), e, do ponto de vista estrutural, nos temas 2, tiveram 33,33%, os alunos da Escola EUA tiveram 48, 45, e os rolfistas do NAPER 16,45, Tabela 120.

Quanto aos aspectos emocionais, de integração das dimensões psíquicas, os alunos da Escola EUA manifestaram em 10,31 % de suas respostas estes objetivos, enquanto que os da Escola BR 4,76 % (tema 9, da Tabela 120).

No tocante à consciência e à aprendizagem, foram 4,76 entre os alunos da Escola Br; 5,15 (tema 3) EUA e 10,53 NAPER, Tabela 120; e, no grupo 5 A, chama atenção que o grupo de alunos do Brasil mostrou mais palavras ligadas a esta dimensão (10, 65 % das palavras analisadas, relatadas no grupo 5 A, da Tabela 119),

Os adjetivos que utilizam para descrever seus projetos estão na mesma direção que os que os Rolfistas do NAPER utilizam foram: relaxar, soltar, expandir, abrir. Na Escola BR, usam liberar, soltar; na Escola EUA facilitar, ajudar, relaxar, abrir, entre os mais freqüentes.

Valor da Pergunta

Ao se perguntar qual o projeto de trabalho, é natural que quando se utiliza uma metodologia, sobretudo somática, e de manipulação no tecido físico, apareçam, em maior numero, palavras referentes a esta dimensão, a física. Porém, se havia objetivos de natureza emocional, psicobiológica, mesmo estes sendo tratados somaticamente, deveria aparecer referência a isto, ou seja, uma ponte entre estas duas dimensões.

No caso do trabalho com significado e com percepção e orientação no movimento, que são preocupações mais modernas no Rolfing, precisaríamos de formas sistematizadas de evocar isto dos alunos e dos profissionais.

Existe valor na pergunta para efeitos do trabalho de R e de se conduzir a uma avaliação final? Esta pergunta cabe mais na escola que na clínica. Tem valor para se sedimentar uma atitude profissional.

FRASES

“DESEJO MELHORAR SEU RELACIONAMENTO COM A TERRA, PARA QUE ELA POSSA ENTREGAR MAIS O PESO EM VEZ DE SEGURA-LO TANTO NOS QUADRIS. DESEJO EDUCA-LA A USAR E CONFIAR EM SUAS PERNAS E PÉS”.
“MAIOR SUPORTE ESTRUTURAL PARA QUE TENHA MAIOR SUPORTE EMOCIONAL”.
“CRESCIMENTO EMOCIONAL E LIMITES LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O PROCESSO EMOCIONAL DO INDIVIDUO”.
“PSICOLÓGICO/ EMOCIONAL – ESPAÇO PARA ENTRAR EM CONTATO COM SENSAÇÕES E TER MAIS CONFIANÇA EMOCIONAL”.
“MELHORAR SUPORTE E EQUILÍBRIO FÍSICO E EMOCIONAL”.
“MAIS CONFIANÇA EMOCIONAL”
“AUMENTAR O LADO EMOCIONAL”.
“ADQUIRIR MAIOR FLEXIBILIDADE FÍSICA E EMOCIONAL”.
“TRAZENDO MAIOR FLUIDEZ DE MOVIMENTO E A NÍVEL EMOCIONAL”.
“SILVANA PODE TER MAIS CONFIANÇA EM SI”
“DAR MAIS SUPORTE PARA MELHORAR SUA SEGURANÇA”.
“DESEJO DAR A ELA MAIS FIRMEZA ATRAVÉS DA CONSCIÊNCIA DE SEU CORPO”.
“ABRIR CONSCIÊNCIA CORPORAL E TRABALHAR SUA PERCEPÇÃO”.
“TRAZER CONSCIÊNCIA DOS RECURSOS DOS PÉS”.
“ENSINA-LA A USAR E A CONHECER AS POSSIBILIDADES DO PÉ QUE VAI SE RELACIONAR COM O TODO”.
“ENSINAR A ANDAR”.
“ENSINAR A RESPIRAR”.
“ENSINAR MÁRCIA A CAMINHAR ARTICULANDO PÉS E TORNOZELOS.
EDUCAR A PERCEPÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E SEU ANEL COM DIAFRAGMA”.
“UM CAMINHAR MAIS LIVRE, COMO UMA COISA SÓ”.
“MELHOR EQUILÍBRIO NA GRAVIDADE E TENTAR CORREÇÃO DA POSTURA LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O PROCESSO EMOCIONAL DO INDIVIDUO”.

3.2.3.4. PERGUNTA 4

R4 – como vê agora o projeto?

	NAPER
N	182
P	926

Palavras mais freqüentes:

Tabela 121 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	F	%N	%P
Mais	118	64,84	12,74
Não	46	25,27	4,97
Bem	43	23,63	4,64
Sessão	41	22,53	4,43
Muito	40	21,98	4,32
Processo	31	17,03	3,35
Melhor	27	14,84	2,92
Corpo	21	11,54	2,27
Dores	18	9,89	1,94
Dor	17	9,34	1,84
Suporte	16	8,79	1,73

Palavras agrupadas:

Tabela 122 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	F	%N	%P
Partes do corpo	172	94,51	18,57
Maior	156	85,71	16,85
Mais	118	64,84	12,74
Sentir	59	32,42	6,37
Movimento	58	31,87	6,26
Melhor	58	31,87	6,26
Não	46	25,27	4,97
Bem	43	23,63	4,64
Sessão	42	23,08	4,54
Processo	36	19,78	3,89

Grupos conceituais:

Tabela 123 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

Grupo 1	**F**	**% N**	**% P**
1 A Estrutura...	30	16,48	3,24
1 B Movimento...	70	38,46	7,56
Grupo 2			
2 A 1 Corpo	25	13,46	2,70
2 A 2 Físico	1	0,55	0,11
2 A 3 Músculo	2	1,10	0,22
2 B Partes do corpo	172	94,51	18,57
2 C Outras	25	13,46	2,70
Grupo 3			
3 A 1 Dor	35	19,23	3,78
3 A 2 Problemas...	6	3,30	0,65
Grupo 4			
4 A 1 Emoção...	8	4,40	0,86
4 A 2 Sentir...	62	34,07	6,70
4 A 3 Psicológicas...	1	0,55	0,11
4 B Ans/depre	11	6,04	1,19
4 C R.T.	36	19,78	3,89
Grupo 5			
5 A Conhecer...	38	20,88	4,10
5 B Mudança...	19	10,44	2,05
Grupo 6			
6 A Melhor...	58	31,87	6,26
6 B Mais...	32	17,58	3,46
Grupo 7			
7 A Adj/adv.	46	25,27	4,97
7 B Outros	265	145,60	28,62

TEMAS

Tabela 124 Temas emergentes nas respostas à pergunta 4 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

		F	%
1	Necessita mais sessões/ processo em andamento	41	22,41
2	Necessita melhorar a relação gravidade/ conexão/ suporte	32	17,82
3	De acordo com o planejado	29	16,09
4	Houve várias mudanças/ progresso	13	7,47
5	Houve mudanças psicológicas/ melhora interior	12	6,90
6	Desistiu	10	5,17
7	Apresenta mais movimento	10	5,17
8	Objetivos foram atingidos	10	5,17
9	Necessita melhorar movimento	6	3,45
10	Paciente se sente melhor	6	3,45
11	Não sabe dizer	5	2,30
12	Precisa outro especialista	3	1,72
13	Processo tomou rumo diferente	2	1,15
14	Pensei em desistir	1	0,57
15	Falhei como rolfista	1	0,57
16	Pior do que quando chegou	1	0,57
	Total	182	100,00

Comentários

Esta pergunta não foi feita nas Escolas, tendo sido retirada dos questionários em 2003, antes da adoção deste procedimento nas Escolas.

As respostas a esta pergunta vão a duas direções básicas: às que se referem ao que se conseguiu e às que se referem ao que falta conseguir.

O tema 1 mostra que 22,41 % os rolfistas não responderam ao enunciado da pergunta, e, as demais respostas foram bastante sucintas.

As palavras mais freqüentemente utilizadas nesta descrição sugerem que começam a aparecer as mudanças (temas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, juntos, representando 62,07% das respostas à pergunta, Tabela 124) e muitas destas são descritas, utilizando-se palavras que implicam em movimento (1B), subgrupo que representam 70% das palavras usadas no Grupo 1 e utilizam-

se partes do corpo para se descrever como está o trabalho nesta etapa (18,57 %, grupo 2 B da Tabela 123).

Utiliza-se a palavra processo, denominação apropriada ao Rolfing e Integração Estrutural(tema 1, com 22,41% das respostas, Tabela 124).

Existe menção a “dores” e “maior” conexão com a gravidade, suporte adequado (tema 2, Tabela 124, com 17,82% das respostas), mostrando o ponto de referência utilizado para se pensar esta pergunta.

Do ponto de vista Psicobiológico, temos 6,90 % das respostas no tema 5, ou seja, processos foram avaliados nesta perspectiva na referida porcentagem. As palavras do grupo 4 A1 são pouco mencionadas, 0,86% das 926 analisadas e, maior espaço é dado para o uso das palavras que se referem a crescimento, à educação (Grupo 5 A, 4,14%, Tabela 123).

A ausência desta referência mostra que não se inclui esta observação conscientemente na rotina de trabalho e na avaliação deste, mesmo que ainda fique num nível pré-reflexivo, talvez haja a expectativa de que o psicobiológico seja lidado de forma automática, como resultado da Integração Estrutural.

Deve-se notar, porém, que na análise temática, Tabela 124, existe uma menção dada a mudanças interiores (tema 5, com 6,90% das respostas), e, na busca de frases que contextualizam este grupo, percebemos avaliação neste sentido, refletindo os efeitos da relativa integração estrutural, quanto a mudanças interiores tais como percebidas pelo rolfista.

Relatam também processos emocionais ocorridos durante o trabalho, que chamam atenção.

Valor da Pergunta

Esta pergunta, feita no meio da série, remeteria o rolfista a avaliar aspectos do trabalho, do método, da relação terapêutica, e levar a adaptações no projeto, nas estratégias e nas técnicas utilizadas. Ela se superpõe ao Relatório de Sessão e, provavelmente, por esta razão foi abandonada.

Na análise de conteúdo, percebe-se que foi respondida de forma pouco consistente, e, quando o foi, foi por motivos ligados à relação terapêutica ou simplesmente afirmativa em relação ao

trabalho. Não obstante, sua presença até 2003 permite verificar que uma avaliação de projeto traz dados relevantes quanto à percepção de alterações na dimensão psicológica.

Na Escola, ela tem um propósito e um valor pedagógico, por se poder avaliar o processo e adequar as necessidades, adaptando-o.

FRASES

“ROGÉRIO PARECE BASTANTE SISTEMÁTICO, LEVOU A SERIO A QUESTÃO DO SEU ANDAR E CONSEGUIU MAIS ARTICULAÇÃO NOS TORNOZELOS E NOS PÉS. SEU PEITO COMEÇA A SE ABRIR E MEXER”.
“VEJO QUE ELA TEM MAIS SUPORTE. MAIS LIBERDADE NA COLUNA”.
“A CONSCIÊNCIA CORPORAL JÁ E UM FATO. A PERCEPÇÃO FUNCIONAL MELHOROU, MAS HÁ MUITO A SER FEITO”.
“SUGERI UM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO COM UM PROFISSIONAL DA ÁREA E SINTO JÁ A DIFERENÇA NO CLIENTE. ESTA MAIS LEVE. APOS SEIS SESSÕES O ANDAR E OUTRO E A RELAÇÃO INTERPESSOAL E OUTRA”.
“MALU ESTA MELHORANDO MUITO SEU LADO DIREITO FICOU MAIS ALONGADO PARECE QUE ELA FICOU MAIS CONTENTE CONSIGO MESMA TEM MENOS DORES E EMOCIONALMENTE SE APRESENTA MAIS EQUILIBRADA. ELA PERCEBIA MAIS OS EFEITOS EMOCIONAIS DO PROCESSO DO QUE OS ESTRUTURAIS/ FUNCIONAIS. OBSERVOU QUE SE POSICIONANDO MELHOR AUMENTA O ÂNGULO E O CAMPO DE VISÃO. APARECERAM DORES QUE NÃO HAVIAM. MEU PROJETO NÃO MUDOU MUITO”
“VEJO COM MUITO ANIMO PORQUE ELA ESTA PERCEBENDO A IMPORTÂNCIA DA MOBILIDADE AO ANDAR, MOVIMENTANDO OS BRAÇOS COLUNA E PELVE. OBSERVOU QUE SE POSICIONANDO MELHOR AUMENTA O ANGULO E O CAMPO DE VISÃO”
“RENATA FOI MUITO PERCEPTIVA NO PROCESSO. A CADA SESSÃO ELA SE SENTE MELHOR. POREM, MUITO FACILMENTE VOLTAVA A SUA POSTURA FECHADA E COMPRIMIDA. ERA UMA ATITUDE, UMA FORMA DE SE PROTEGER, DE SE SENTIR CONFORTÁVEL. E ELA FOI TOMANDO CONSCIÊNCIA DA RELAÇÃO EMOCIONAL E FÍSICA DURANTE O PROCESSO (ELA E EU). IMPORTANTE TAMBÉM FOI ELA TER PERCEBIDO QUANTO SUA POSTURA SE RELACIONA COM SEUS ESTADOS EMOCIONAIS”.

3.2.3.5. PERGUNTA 5

Quais as estratégias e técnicas utilizadas

	BR	EUA	NAPER
N	47	98	136
P	320	903	369

Palavras mais freqüentes:

Tabela 125 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Receita	71	151,06	22,19	Educação	105	107,14	11,63	Receita	67	49,26	18,16
Educação	48	102,13	15,00	Movimento	91	92,86	10,08	Clássica	62	45,59	16,80
Movimento	32	68,09	10,00	Receita	94	95,92	10,41	Movimento	39	28,68	10,57
Postura	19	40,43	5,94	Postura	33	33,67	3,65	Sessões	15	11,03	4,07
Percepção	14	29,79	4,38	Sessão	32	32,65	3,54	Postura	12	8,82	3,25
Trabalho	5	10,64	1,56	Corpo	29	29,59	3,21	Não	11	8,09	2,98
Toque	18	38,30	5,63	Indireto	28	28,57	3,10	Estrutural	7	5,15	1,90
Direto	16	34,04	5,00	Direto	27	27,55	2,99	Percepção	6	4,41	1,63
Sessão	4	8,51	1,25	Toque	26	26,53	2,88	Radial	4	2,94	1,08
Indireto	4	8,51	1,25	Consciência	24	24,49	2,66	Corpo	2	1,47	0,54

Palavras agrupadas:

Tabela 126 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Receita	67	142,55	20,94	Receita	256	261,22	28,35	Receita	67	49,26	18,16
Educação	49	104,26	15,31	Percepção	143	145,92	15,84	Clássica	62	45,59	16,80
Movimento	46	97,87	14,38	Movimento	117	119,39	12,96	Movimento	55	40,44	14,91
Postura	21	44,68	6,56	Postura	33	33,67	3,65	Partes do corpo	37	27,21	10,03
Perceber	18	38,30	5,63	Corpo	30	30,61	3,32	Doenças	29	21,32	7,86
Trabalho	12	25,53	3,75	Toque	27	27,55	2,99	Sessão	19	13,97	5,15
Sessão	10	21,28	3,13	10 sessões	24	24,49	2,66	Estrutura	15	11,03	4,07
Toque	8	17,02	2,50	Respirar	18	18,37	1,99	Postura	13	9,56	3,52
Direto	7	14,89	2,19	Sentir	11	11,22	1,22	Técnicas	12	8,82	3,25
Bom	7	14,89	2,19	Alinhar	10	10,2	1,11	Não	11	8,09	2,98

Grupos conceituais:

Tabela 127 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**
1 A Estrutural...	27	57,45	8,44	70	71,43	7,75	18	13,24	4,88
1 B Movimento...	93	197,87	29,06	156	159,18	17,28	80	58,82	21,68
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	2	4,26	0,63	30	30,61	3,32	3	2,21	0,81
2 A 2 Físico	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	1	1,02	0,11	1	0,74	0,27
2 B Partes do corpo	7	14,89	2,19	144	146,94	15,95	37	37,21	10,03
2 C Outras	0	0,00	0,00	1	1,02	0,11	29	21,32	7,86
Grupo 3									
3 A 1 Dor	1	2,13	0,31	4	4,08	0,44	4	2,94	1,08
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	0,74	0,27
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	0	0,00	0,00	11	11,22	1,22	1	0,74	0,27
4 A 2 Sentir...	3	6,38	0,94	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	3	3,06	0,33	1	0,74	0,27
4 C R.T.	10	21,28	3,13	0	0,00	0,00	2	1,47	0,54
Grupo 5									
5 A Conhecer...	67	142,55	20,94	143	145,92	15,84	12	8,82	3,25
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	2	2,04	0,22	34	25,00	9,21
Grupo 6									
6 A 1 Melhor...	2	4,26	0,63	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
6 B Mais...	7	14,89	2,19	38	38,78	4,21	6	4,41	1,63
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	101	214,89	31,56	280	285,71	31,01	140	102,94	37,94
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 128 Temas emergentes nas respostas à pergunta 5 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Receita clássica	35	74,47	61	62,24	108	78,63
2	Educação pelo movimento	3	6,38	16	16,33	7	5,34
3	Toques diferenciados	3	6,38	14	14,29	7	5,34
4	Trabalho não formalístico	1	2,13	0	0,00	6	4,58
5	Trabalho com movimento	3	6,38	1	1,02	5	3,82
6	Trabalho craniano	0	0,00	0	0,00	2	1,53
7	Sim	0	0,00	0	0,00	1	0,76
8	Trabalho com percepção visual/auditiva	1	2,13	6	6,12	0	0,00
9	Trabalho estrutural e funcional	1	2,13	0	0,00	0	0,00
	Total	47	100,00	98	100,00	136	100,00
	N	47	100,00	98	100,00	136	100,00

Comentários

NAPER

A receita clássica parece ser a estratégia mais utilizada (tema 1, com 78,63 % das respostas Tabela 128) e são as palavras mais usadas. Ênfase é dada à educação pelo movimento (tema 2 com 5,34 % e das respostas) e a técnicas ligadas à Função. (tema 5, com 3, 82 %).

Do ponto de vista emocional, não há referência significativa a nenhuma técnica. Nenhum tema é apenas 0,84 % das palavras analisadas e estavam nos grupos 4 A ou B, Tabela 127.

Sugere que não está sendo ensinado ou reconhecido como dimensão a ser perseguida.

Escola BR, Escola EUA, NAPER

Entre os alunos da Escola BR, aparece “educação” como a 2ª palavras mais freqüentemente usada.

Assim como no NAPER, a Receita é a estratégia mais utilizada pelos alunos e profissionais de Rolfing, (tema 1, com 74,47%,; 62,24 % e 78,63 % respectivamente na Escola BR, Escola EUA e NAPER), seguidas de técnicas de Educação pelo Movimento (tema 2, com 6, 38,

16,33 respectivamente na Escola BR e na Escola EUA, enquanto no NAPER são 5,34 % das respostas).

A explicação poderia já vir aqui? Currículo e inconsistência?

Os alunos da Escola EUA mostraram porcentagem mais elevadas em número maior de técnicas (temas 2, 3, 6, com freqüências maiores que as dos alunos da Escola BR e dos rolfistas do NAPER, Tabela 128).

Os alunos da Escola BR mostraram maior escolha de Trabalho de Movimento (tema 5, com 6,38%) do que os rolfistas do NAPER, com 3,82 e da Escola EUA, com 1,07% das respostas relatadas na tabela 128

Não há menção ao trabalho Psicobiológico.

Valor da pergunta

Esta pergunta leva o aluno/profissional a perceber técnicas, seu repertório e ampliar dimensões de pensamento. Do ponto de vista emocional, inicia-se a definição de técnicas e abordagens e eventualmente ajudarão na pesquisa de adequação de técnicas a quadros clínicos e a objetivos, bem como ajudarão na diferenciação em relação a que técnicas podem ser eficientes para que tipo, então de necessidades e objetivos.

Pode ser utilizada para incentivar o ensino da dimensão psicobiológica.

FRASES

“RECEITA CLÁSSICA”.
“RECEITA CLÁSSICA E EDUCAÇÃO PELO MOVIMENTO”.
“EXERCÍCIOS DE PERCEPÇÃO E SIGNIFICADOS”.
“RECEITA CLÁSSICA COM ÊNFASE EM DESCOMPRESSÃO RADIAL, RELAÇÃO.ENTRE DIAFRAGMAS E COORDENAÇÃO MOTORA”.
“PERCEBI RÁPIDO QUE JOÃO TEM TRAUMA DE INVASÃO. TENTEI TRABALHAR ISTO PELO MOVIMENTO, ELE FICOU MUITO BRAVO. OPTEI POR NÃO FAZER AS SESSÕES PROFUNDAS DEVIDO AS REAÇÕES VICERAIS E DESORGANIZAÇÕES PSICOLÓGICAS QUE ELE APRESENTOU NA SEGUNDA E TERCEIRA SESSÃO. ENTÃO OPTEI POR CONSCIENTIZAR SUPORTE E DESCOMPRIMIR CABEÇA”.

“ATRAVÉS DO TOQUE DIRETO E INDIRETO ACRESCENTANDO A RECEITACLASSICA E EDUCAÇÃO DE POSTURA”.

“FIZ UM TRABALHO NÃO FORMALÍSTICO...DESDE O INICIO. NA PRIMEIRA SESSÃO TRABALHEI MAIS ESTRUTURALMENTE TENDO COMO OBJETIVO UMA MAIOR EXPANSÃO RESPIRATÓRIA, HORIZONTALIZAÇÃO PÉLVICA E TRABALHOS NAS PERNAS E PÉS. NAS OUTRAS TRÊS SESSÕES O TRABALHO FOI ESTRUTURAL E FUNCIONAL TENDO TRABALHADO O APOIO DOS PÉS NA CAMINHADA VOLTANDO SUA ATENÇÃO PARA OLHOS E OUVIDOS E
LEVANDO-A A PERCEBER UMA NOVA ORIENTAÇÃO ESPACIAL MAIS PERIFÉRICA. O TRABALHO ESTRUTURAL TAMBÉM FOI VOLTADO PARA O SEU PROBLEMA DE DORES DE CABEÇA, ENXAQUECA E RINITE”.

“USEI BASTANTE MOVIMENTO NO PROCESSO PARA COLOCÁ-LA EM CONTATO COM SEU CORPO. USEI TÉCNICAS PARA ORGANIZAÇÃO DE ESCOLIOSE DE ROBERT SCHLEIP. SEGUI O PROTOCOLO,
FAZENDO DESDOBRAMENTO DAS SESSÕES TRÊS E SEIS”.

3.2.3.6. PERGUNTA 6

Como foi o processo com o cliente e o seu como profissional? (2000 a 2003). Que aspectos da relação terapêutica do processo com este cliente você acha importante relatar (2005)? Você atingiu seus objetivos?

	BR	NAPER
N	47	315
NP	211	1450

Palavras mais freqüentes:

Tabela 129 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

BR	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Sim	28	59,57	13,27	Muito	109	34,60	7,52
Processo	20	42,55	9,48	Processo	107	33,97	7,38
Muito	16	34,04	7,58	Mais	106	33,65	7,31
Cliente	15	31,91	7,11	Sim	80	25,40	5,52
Objetivos	13	27,66	6,16	Não	67	21,27	4,62
Atingidos	10	21,28	4,74	Atingidos	37	11,75	2,55
Relação	7	14,89	3,32	Corpo	27	8,57	1,86
Trabalho	7	14,89	3,32	Dores	21	6,67	1,45
Não	5	10,64	2,37	Consegui	15	4,76	1,03
Sessões	4	8,51	1,90	Tranqüilo	14	4,44	0,97

Palavras agrupadas:

Tabela 130 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

BR	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Bom	38	80,85	18,01	Muito	243	77,14	16,76
Sim	33	70,21	15,64	Sim / Não	135	42,86	9,31
Processo	29	61,70	13,74	Processo	123	39,05	8,48
Conseguir	21	44,68	9,95	Atingir	89	28,25	6,14
Atingir	12	25,53	5,69	Sente	45	14,29	3,10
Movimento	5	10,64	2,37	Partes do corpo	44	13,97	3,03
Estrutura	4	8,51	1,90	Corpo	41	13,02	2,83
Melhorar	3	6,38	1,42	Melhor	36	11,43	2,48
Mudar	3	6,38	1,42	Consegui	36	11,43	2,48
Dor	2	4,26	0,95	Movimento	33	10,48	2,28

Grupo conceituais:

Tabela 131 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

	BR			**NAPER**		
Grupo 1	F	%N	%P	F	%N	%P
1 A Estrutural...	5	10,64	2,37	56	17,78	3,86
1 B Movimento...	10	21,28	4,74	52	16,51	3,59
Grupo 2						
2 A 1 Corpo	1	2,13	0,47	41	13,02	2,83
2 A 2 Físico	0	0,00	0,00	6	1,90	0,41
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 B Partes do corpo	2	4,26	0,95	44	13,97	3,03
2 C Outras	0	0,00	0,00	19	6,03	1,31
Grupo 3						
3 A 1 Dor	2	4,26	0,95	22	6,98	1,52
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	4	1,21	0,28
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	21	6,67	1,45
3 B Doenças...	1	2,13	0,47	0	0,00	0,00
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4						
4 A 1 Emoções...	1	2,13	0,47	8	2,54	0,55
4 A 2 Sentir...	0	0,00	0,00	45	14,29	3,10
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	12	3,81	0,82
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	12	3,81	0,83
4 C R.T.	29	61,70	13,74	192	60,95	13,24
Grupo 5						
5 A Conhecer...	6	12,77	2,84	56	17,18	3,86
5 B Mudança...	5	10,64	2,37	20	6,35	1,38
Grupo 6						
6 A 1 Melhor...	3	6,38	1,42	36	11,43	2,48
6 B Mais...	38	80,85	18,01	243	77,14	16,76
6 C Outros	0	0,00	0,00	204	64,76	14,07
Grupo 7						
7 A Adj/adv	33	70,21	15,64	357	111,33	24,62
7 B Outros	33	70,21	15,64	0	0,00	0,00

Grupo 7

Palavras que se referem a resultados e estão pulverizadas em palavras de igual representatividade (conseguimos, deslanchou, evolução, expandiu, satisfação, soltou, satisfeito, etc).

TEMAS

Tabela 132 Temas emergentes nas respostas à pergunta 6 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

		BR		NAPER	
		F	%	F	%
1	Ambos atingiram os objetivos/ houve empatia	10	21,28	132	41,92
2	Sim	25	53,19	42	13,40
3	Bom	0	0,00	38	12,03
4	Poderia ter sido melhor	5	10,64	17	5,50
5	Desistiu	0	0,00	16	5,15
6	Não	0	0,00	12	4,12
7	Obteve maior integração estrutural	0	0,00	10	3,44
8	Seria preciso mais tempo	0	0,00	10	3,09
9	Como previsto	0	0,00	6	2,06
10	Interessante	0	0,00	6	1,72
11	Mais que o esperado/ acima das expectativas	5	10,64	6	1,72
12	Falhei	0	0,00	6	1,72
13	Estou frustrado	0	0,00	6	1,72
14	Eu me sinto realizado	0	0,00	4	1,03
15	Não criamos vínculo	0	0,00	2	0,69
16	O processo ainda não terminou	0	0,00	1	0,34
17	Sugere maior distância/ Terapeuta/ Cliente	0	0,00	1	0,34
18	O processo foi doloroso	2	4,26	0	0,00
	Total	47	100,00	315	100,00

Comentários

NAPER

O enunciado da pergunta sugere uma análise do processo ao mesmo tempo em que propõe uma reflexão sobre a relação terapêutica. A palavra processo foi a mais usada, indicando uma forma dos rolfistas se referirem ao trabalho. Não o consideram um tratamento, não se trata de buscar cura de doenças ou sintomas. Trata-se de um processo, um trabalho de 3^{o} paradigma.

A análise temática mostra esta ambigüidade presente no enunciado da pergunta. Os temas, ora se referem à dimensão do trabalho, ora da relação humana, ora a ambos, um reflexo das respostas ao enunciado desta pergunta.

A analise das respostas mostra que os rolfistas, às vezes, referem-se a “se atingiu os objetivos”. Neste sentido, como era de se esperar, foram usadas palavras intrínsecas à descrição do método, e à sua distribuição entre as que se referem à dimensão estática (Grupo 1 A) ou as que se referem ao movimento (Grupo 1B) foi bastante equilibrada, da ordem de 48,18 e 51,82 % respectivamente. Referiu-se às partes do corpo e ao corpo para esta descrição (Tabela 131).

“Mais e Melhor”, palavras que sugerem comparação entre o antes e o depois, que facilitam a percepção de movimento entre respostas de antes e depois. Estas foram as palavras mais utilizadas, sugerindo conquista, mudança para “melhor, mais”, associadas a muitas palavras ligadas a conseguir, a atingir os objetivos. (Grupo 6, com 33,31 % das palavras analisadas, expressas na Tabela 131).

Como estas respostas são síntese de relatórios de 30 pessoas diferentes, isto nos leva a pensar num time de trabalho “em direção a um objetivo” (Tabela 132).

O processo é visto como tendo atingido os objetivos (temas 1, 2, 7, com um total de 57,04 % das respostas), denotando uma preocupação com metas. (Tabela 132).

Na dimensão psicobiológica, alude-se ao afetivo. Apareceram palavras ligadas à afetividade, à Relação Terapêutica e à emoção, porém em freqüências baixas. Poucos processos, portanto, foram descritos incluindo-se esta perspectiva e, quando o foram, referiram-se a trauma 3 e à técnica de Levine, 4, únicas técnicas reconhecidas e nomeadas como tal na dimensão psicobiológica. A parte da pergunta, a que se refere à Relação Terapêutica mais explicitamente apareceu em 2004, tem, portanto, que o N é menor, o que se reflete na quantificação das freqüências, que ficaram agregadas no tema um, com 41,92% das respostas (Tabela 132).

A dimensão de conhecimento, consciência e percepção foram empregadas 56 vezes para se descrever o processo, correspondendo a 3,86 % das 1450 palavras utilizadas.

Comparações entre a Escola BR e NAPER

As respostas dos alunos da Escola BR estavam condensadas em poucas categorias, referindo-se basicamente a se atingiram os objetivos (tema 2, com 53,19% e, tema 7, com10, 64%) ou se ambos atingiram seus objetivos, revelando um aspecto de relação presente na resposta (21,28%).

O Tema 4 " poderia ter sido melhor " teve 5 respostas, correspondendo a 10,64% da amostra, contrastando com 5,50% de respostas entre os rolfistas do NAPER. Esta pergunta foi unida à pergunta 7 nos EUA, assim sendo,os resultados aqui discutidos se referem somente às amostras da Escola BR e NAPER.

Valor da pergunta

Esta pergunta tem em si três perguntas combinadas. Em sua tabulação, os resultados apareceram dirigidos para aspectos diferentes da questão. Cada um de seus aspectos tem valor por si só.

Os dois primeiros aspectos levam à reflexão sobre a relação terapêutica e sobre o processo em si, do ponto de vista da experiência pessoal, sendo duas dimensões diferentes que se entrelaçam. Para observação da dimensão psicobiologica, devemos levar em conta as variáveis envolvidas nas relações terapêuticas.

Esta pergunta se completa com a pergunta equivalente do Relatório do Cliente que se conecta com o mesmo aspecto noutra perspectiva, espelhando-se.

O segundo aspecto busca a verificação do atendimento dos objetivos do Rolfista.

Deve ser notado o fato de haver uma alta freqüência de "Não" atingimos, os objetivos entre os rolfistas, revelando espírito crítico e altas expectativas.

Os aspectos relacionais também são importantes quando se trata de uma postura profissional em que o profissional encara seu trabalho como educação ou promotor de consciência.

FRASES

“OS OBJETIVOS FORAM ATINGIDOS”.

“OS OBJETIVOS FORAM ATINGIDOS; SABRINA GANHOU MUITA POSTURA E MAIS ESPONTENEIDADE. SEU PEITO SE ABRIU BASTANTE. OS OMBROS E OS BRAÇOS FICARAM MAIS SOLTOS E INTEGRADOS. OS SEGMENTOS DE SUAS PERNAS FICARAM MAIS COERENTES E SEU ANDAR DENOTAVA MAIS CONEXÃO, FIRMEZA”.

“O VINCULO TERAPÊUTICO AJUDOU MUITO DURANTE O PROCESSO

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA FOI TRANQÜILA”.

“O ASPECTO MAIS IMPORTANTE DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FOI A CONFIANÇA E A SEGURANÇA DA CLIENTE COM O ROLFISTA”.

“TIVE QUE TRABALHAR A RELAÇÃO DE CONFIANÇA DELA COMIGO”.

“MUITO BOM. HOUVE MUDANÇAS GRANDES TANTO FÍSICAS QUANTO NA PERCEPÇÃO DE SI MESMA. PARA MIM FOI BOA EXPERIÊNCIA POIS ELA

TEM RITMO RÁPIDO E POUCA CONCENTRAÇÃO O QUE ME FEZ CRIAR E

MOVER MAIS PARA ACOMPANHÁ-LA. SIM, MEUS OBJETIVOS FORAM

ATINGIDOS”.

“FOI MUITO BOM O NOSSO RELACIONAMENTO. FORAM FEITAS QUINZE

SESSÕES E JOÃO FICOU MUITO SATISFEITO, SENTINDO-SE MAIS

ELEGANTE. A DOR LOMBAR MELHOROU, MAS NÃO DESAPARECEU. JOÃO

E EU ACHAMOS QUE SUA POSTURA MELHOROU BASTANTE E OS

OBJETIVOS FORAM ATINGIDOS”.

“ARTHUR PARTICIPOU MUITO DE SEU PROCESSO, SE APROPRIANDO DE

SUAS MUDANÇAS. ELE BUSCAVA SE ENTENDER, COMPREENDER AS

MUDANÇAS E INCORPORA-LAS. FOI UM PRAZER TRABALHAR COM ELE”.

“PARA MIM DIFÍCIL, NO SENTIDO DE COMO TOCA-LA NAS VARIAS CAMADA DO SER. MUITO TENSA, TIVE QUE IR BEM DIVAGAR NAS MINHAS AMBIÇÕES... O PROCESSO FOI BOM. VAMOS VER”.

“FOI TRANQÜILO. SIM ELE TEM MELHOR SUPORTE E MAIS CONSCIÊNCIA”.

“SIM, NA METADE DO PROCESSO JÁ NÃO ESTAVA PRECISANDO TOMAR ANTIDEPRESSIVO”

“SIM, O PROCESSO FOI TRANQÜILO E DE MUITA CONSCIENTIZAÇÃO

CORPORAL. O VINCULO TERAPÊUTICO COLABOROU MUITO DURANTE O

PROCESSO, POSSIBILITANDO AO CLIENTE REALIZAR O TRABALHO COM

SEGURANÇA, CONFIANÇA NA PROPOSTA, PERMITINDO ASSIM MELHOR

ENTENDIMENTO DO TRABALHO E MUDANÇAS ATITUDINAIS”.

3.2.3.7. PERGUNTA 7

Quais as mudanças que pode observar: estruturais, funcionais e no desenvolvimento pessoal? (2000 a 2005).

	BR	NAPER
N	44	276
P	371	2425

Palavras mais freqüentes:

Tabela 133 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

BR	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	40	90,91	10,78	Mais	350	126,81	14,43
Percepção	15	34,09	24,50	Ganhou	54	19,57	2,23
Suporte	14	31,82	9,19	Maior	53	19,20	2,19
Melhor	14	31,82	8,58	Melhorou	47	17,03	1,94
Mudanças	7	15,91	6,13	Movimento	45	16,30	1,86
Cintura	7	15,91	4,29	Cintura	45	16,30	1,86
Ganho	7	15,91	4,29	Corpo	43	15,58	1,77
Corpo	7	15,91	4,29	Menos	42	15,22	1,73
Maior	6	13,64	4,29	Melhor	41	14,86	1,69
Movimento	6	13,64	3,68	Mudança	38	13,77	1,57

Palavras agrupadas:

Tabela 134 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

BR	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Mais	63	143,18	16,98	Mais	481	174,28	19,43
Partes do corpo	44	100,00	11,86	Partes do corpo	424	153,62	17,12
Melhorar	23	52,27	6,20	Melhor	120	43,48	4,85
Perceber	21	47,73	5,66	Maior	116	42,03	4,68
Cintura	20	45,45	5,39	Movimento	88	31,88	3,55
Suporte	17	38,64	4,58	Dor	67	24,28	2,71
Ganhar	15	34,09	4,04	Corpo	64	23,19	2,58
Movimento	14	31,82	3,77	Mudança	51	18,48	2,06
Corpo	12	27,27	3,23	Estrutura	44	15,94	1,78
Mudar	12	27,27	3,23	Eixo	39	14,13	1,58

Grupos conceituais:

Tabela 135 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

	BR			NAPER		
Grupo 1	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**
1 A Estrutural...	33	75,00	8,89	200	72,46	8,08
1 B Movimento...	67	152,27	18,06	281	101,81	11,35
Grupo 2						
2 A 1 Corpo	12	27,27	3,23	64	23,19	2,58
2 A 2 Físico	0	0,00	0,00	9	3,26	0,36
2 A 3 Músculo	1	2,27	0,27	2	0,72	0,08
2 B Partes do corpo	44	100,00	11,86	424	153,62	17,12
2 C Outras	1	2,27	0,27	34	12,32	1,37
Grupo 3						
3 A 1 Dor	6	13,64	1,62	67	24,28	2,71
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	24	8,70	0,97
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	18	6,52	0,73
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4						
4 A 1 Emoções...	0	0,00	0,00	33	11,96	1,33
4 A 2 Sentir...	3	6,82	0,81	32	11,59	1,29
4 A 3 Psicológicas...	2	4,55	0,54	22	7,97	0,89
4 B Ans/depre...	18	40,91	4,85	11	3,99	0,44
4 C R.T.	0	0,00	0,00	46	16,67	1,86
Grupo 5						
5 A Conhecer...	24	54,55	6,47	55	19,93	2,22
5 B Mudança...	20	45,45	5,39	106	38,41	4,28
Grupo 6						
6 A Melhor...	51	115,91	13,75	120	43,48	4,85
6 B Mais...	63	143,18	16,98	670	242,76	27,06
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7						
7 A Adj/adv	9	20,45	2,43	258	93,48	10,42
7 B Outros	17	38,64	4,58	0	0,00	0,00

Grupo 7

Palavras que se referem a resultados e estão pulverizadas em palavras de igual representatividade (conseguimos, deslanchou, evolução, expandiu, satisfação, soltou, satisfeito. Etc.).

TEMAS

Tabela 136 Temas emergentes nas respostas à pergunta 7 do Relatório do Rolfista nas amostras da Escola BR e do NAPER.

		BR		NAPER	
		F	%	F	%
1	Melhor suporte/ equilíbrio/ alinhamento/ postura	23	52,27	99	35,92
2	Melhor equilíbrio emocional/ físico-emocional	0	0,00	65	23,67
3	Melhorou dores, tensões.	0	0,00	35	12,65
4	Obteve maior percepção do corpo	13	29,55	26	9,39
5	Mudanças no movimento	8	18,18	22	8,16
6	Mudanças diversas	0	0,00	18	6,53
7	Não sabe dizer se ficou satisfeito	0	0,00	7	2,45
8	Sente-se pior que antes	0	0,00	4	1,22
	Total	44	100,00	276	100,00

Comentário

NAPER

A pergunta sugere três orientações – estrutural, funcional e no desenvolvimento pessoal.

Na análise dos temas (Tabela 136) temos que os que se referem à dimensão estrutural, que, conceitualmente define Rolfing, aparece como o mais utilizado (tema 1, com 35,92% das respostas), seguido de psicológico (tema 2, com 23,67 %) e, depois, a referência ao funcional (5^o tema em freqüência de respostas, com 8,16 %). O 3^o tema em ordem de maior freqüência alude às dores e às tensões e no seu alívio e à sua diminuição (12,65%). O 4^o, a ganho em percepção corporal (9,39%).

As palavras “Mais e melhor” do grupo 6, da Tabela 135, foram às palavras mais usadas para descrever as mudanças ocorridas, uma vez que são termos comparativos e a pergunta se refere a mudanças, que são descritas, utilizando-se terminologia somática, referindo-se ao corpo e às partes do corpo, que ocupam grande parte dos discursos, com 17,12 % das palavras do grupo 2 B (Tabela 135).

Os termos e as categorias ligados à prática do Rolfing (grupo 1, com 19,43% das palavras utilizadas) são assim distribuídos entre terminologia estrutural e de movimento: 42,62

estrutural e 57,38% de movimento, mostrando como o trabalho de movimento está atualmente dentro da cultura do Rolfing, já bastante integrado à sua prática.

Existe menção à dimensão emocional. E, nesta pergunta, existe uma maior freqüência para esta palavra do que quando relata a queixa, a análise, o projeto ou a avaliação do andamento desta pesquisa.

Percepção e consciência como palavras usadas para relatar as mudanças, também observáveis no tema 4 da Tabela 136), com 9,39% das respostas e 2,22% das palavras agrupadas em 5 A, Tabela 135. O foco de análise deixa de ser uma descrição no corpo e passa a ser uma descrição da atividade mental e perceptiva do cliente. Não o corpo mudou, mas a percepção da pessoa mudou, a consciência transformou.

Escola BR

As mudanças observadas pelos alunos da Escola BR se diferenciam das descritas pelos rolfistas do NAPER, no sentido de que relatam mais observações no movimento e menos na dimensão emocional, (temas 5, com 18,18 % das respostas contra 8,16 e, tema 2, da Tabela 136, sem respostas registradas, e também não tendo utilizado palavras que se referem a esta dimensão 4 A1 , Tabela 135, contra 23,67% do NAPER).

Também difere dos profissionais do NAPER ao se referirem a terem obtido maior percepção do corpo (tema 4), com 29,55 % das respostas contra 9,39 % entre os rolfistas do NAPER. Percepção foi a segunda palavra mais usada pelos alunos da Escola BR para responder a esta pergunta (Tabela 133).

Valor da pergunta

Inicialmente, as três diferentes dimensões propostas no texto da pergunta pretendiam ser uma forma de levar o aluno/rolfista a expandir o âmbito de sua resposta, fazendo-se uso desta formulação para a conscientização destes elementos para que assim pudesse responder à questão. As respostas foram ricas e nem sempre se endereçaram às três dimensões. Acreditamos que valeria a pena discriminar a resposta em três perguntas.

As descrições aconteceram mais no nível Estrutural e no Funcional, menos no Desenvolvimento Pessoal do sujeito.

Importante a discriminação da observação em categorias que levantem o fenômeno.

FRASES

“FERNANDO PASSOU POR TRANSFORMAÇÕES PESSOAIS. AO FINAL SE SENTIA MAIS MADURO (E DE FATO PARECIA). ELE REALMENTE MELHOROU O SUPORTE. SEU ANDAR FICOU MAIS SEGURO, PSOAS MAIS AMPLOS, MAIS CONTRA LATERALIDADE”.
“TEM MAIS CONTATO COM SEU CORPO, PERCEBE A SI COM MAIS FACILIDADE”.
“EMOCIONALMENTE TEM MENOS MEDO. ESTRUTURALMENTE TEM MELHOR FUNCIONALIDADE, TEM MENOS DORES.PUDE OBSERVAR MUDANÇAS NA QUALIDADE ESTRUTURAL, DE. MOVIMENTO E PSICOLÓGICAS”
“MILENA GANHOU ESPAÇO EM SEU PEITO E MELHOROU BASTANTE SEU CENTRO E SEUS PÉS, QUE FICARAM MENOS INVERTIDOS. MILENA TORNOU-SE MAIS EXPANSIVA E CARINHOSA”.
“ESTRUTURAIS, MAIS ALINHAMENTO DAS ARTICULAÇÕES DEDOS/ TORNOZELOS/ JOELHOS Ñ PÉS MENOS ABERTOS/ MELHOR ACOMODAMENTO DOS BRAÇOS NA GRAVIDADE. FUNCIONAIS, ANDA COM MAIS FLUÊNCIA. DESENVOLVIMENTO PESSOAL Ñ MAIS SOCIÁVEL”.
“MAIOR ORGANIZAÇÃO, UMA RELAÇÃO MELHOR ENTRE CORE/ SLEEVE, DIFERENCIAÇÃO ENTRE SEGUIMENTOS. APARENTA MAIS MATURIDADE.
AS MUDANÇAS EMOCIONAIS FORAM ATE MAIORES QUE AS ESTRUTURAIS.
CONSEGUIU ORGANIZAR-SE NO CAMPO PROFISSIONAL E EM SUA VIDA AFETIVA FAMILIAR”.
“MAIS SOLTA, MENOS DOR, MAIS RELAXADA. DESENVOLVIMENTO ESTRUTURAL: MAIOR SUPORTE, TRONCO MAIS NO PRUMO. FUNCIONAL: PESSOAL: VOLTOU A SER ALEGRE AS DORES A IMPEDIAM DE SER FELIZ.
HOUVE MUDANÇAS ESTRUTURAIS VISÍVEIS ASSIM COMO FUNCIONAIS. NO ENTANTO, A GRANDE DIFERENÇA EU ACREDITO TER SIDO NO DESENVOLVIMENTO PESSOAL. A CLIENTE SE POSICIONA MELHOR E MAIS FREQÜENTE PERANTE O GRUPO DE TRABALHO (SOCIAL, FAMILIAR).
MAIS ENERGÉTICAS E EMOCIONAIS DO QUE ESTRUTURAIS (QUE PODERIA ACONTECER EM OUTRA SERIE)”.
“MAIOR CONSCIÊNCIA DO FUNCIONAMENTO DOS PÉS. FRENTE/ TRÁS MAIS EQUILIBRADOS, COLUNA MAIS ERETA. EMOCIONALMENTE ELA ORGANIZOU SUA

UNIÃO COM SEU PARCEIRO. ALUGARAM CASA, COMPRARAM MOVEIS, GELADEIRA, ETC.”.
“SUA CINTURA ESCAPULAR GANHOU MOVIMENTO. SEU ANDAR FICOU MAIS ARTICULADO. BEATRIZ PARECE MAIS CONECTADA, MAIS NATURAL E MAIS SATISFEITA”.
“CONSEGUI MELHOR ALINHAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS BLOCOS E CILINDROS. A DOR NA COLUNA E NOS JOELHOS SUMIU. MAIOR CONSCIENTIZAÇÃO CORPORAL, LIBERDADE DE MOVIMENTOS, MUDANÇAS ATITUDINAIS, MELHORA DA AUTO-ESTIMA”.
“GANHOU ESPAÇO EM SEU PEITO”.
“GANHOU MAIS VIDA EM SEU PEITO”.
“GANHOU MUITO ESPAÇO INTERNO”.
“GANHOU BASTANTE CONHECIMENTO CORPORAL”.
“MELHOROU SUA POSTURA E AUMENTOU A CONSCIÊNCIA DE SI MESMO”.
“MELHOROU O ALINHAMENTO EM RELAÇÃO A GRAVIDADE”.
“SEU CORPO DEIXOU DE SER UM BLOCO E PASSOU A TER MAIS MOVIMENTO E GRAÇA”.
“MELHOR ORGANIZAÇÃO DINÂMICA
“MELHOR ORGANIZAÇÃO DINÂMICA E EQUILÍBRIO EMOCIONAL”.
“TEM MAIS CONTATO COM SEU CORPO”.
“PUDE OBSERVAR MUDANÇAS NO CORPO COM UM MOVIMENTO MAIOR FLUINDO E MAIOR CONFORTO NO ANDAR”.
“FLUÊNCIA DE MOVIMENTOS E DESAPARECIMENTO DA DOR LOMBAR”
“MELHOR ORGANIZAÇÃO DINÂMICA E EQUILÍBRIO EMOCIONAL”
“O PROCESSO TEVE UMA ÊNFASE EMOCIONAL GRANDE”
“MAIS SEGURO DE SI”.
“FOI UM PROCESSO TRANQÜILO E BEM SUCEDIDO”.

EUA

3.2.3.8. PERGUNTA 8

Como foi o processo com o cliente e o seu como profissional? (2000 a 2003). Que aspectos da Relação Terapêutica do processo com este cliente você acha importante relatar (2005). Você atingiu seus objetivos?

	EUA
N	101
P	1225

Palavras mais freqüentes:

Tabela 137 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Rolfista na amostra da Escola EUA.

	F	%N	%P
Cliente	63	62,38	5,14
Corpo	54	53,47	4,41
Objetivos	49	48,51	4,00
Movimento	40	39,60	3,27
Dor	36	35,64	2,94
Mais	104	102,97	8,49
Terapêutico	16	15,84	1,31
Melhor	33	32,67	2,69
Bom	22	21,78	1,80
Sentir	24	23,76	1,96

Palavras agrupadas:

Tabela 138 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Rolfista na amostra da Escola EUA.

	F	%N	%P
Bom	111	109,9	9,06
Sentir	84	83,17	6,86
Bem	57	56,44	4,65
Corpo	55	54,46	4,49
Movimento	50	49,5	4,08
Melhor	49	48,51	4,00
Dor	37	36,63	3,02
Melhor	33	32,67	2,69
Muitos	26	25,74	2,12

Grupos Conceituais:

Tabela 139 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 8 do na amostra da Escola EUA.

Grupo 1	**F**	**% N**	**% P**
1 A Estrutura…	42	41,58	3,43
1 B Movimento…	108	106,93	8,82
Grupo 2			
2 A 1 Corpo	55	54,46	4,49
2 B Partes do corpo	155	153,47	12,65
2 C Outras	3	2,97	0,24
Grupo 3			
3 A 1 Dor	37	36,63	3,02
3 A 2 Problemas...	8	7,92	0,65
Grupo 4			
4 A 1 Emoção...	12	11,88	0,98
4 A 2 Sentir...	84	83,17	6,86
4 A 3 Psicológicas...	2	1,98	0,16
4 B Ans/depre...	3	2,97	0,24
4 C R.T.	30	29,70	2,45
Grupo 5			
5 A Conhecer...	48	47,52	3,92
5 B Mudança...	57	56,44	4,65
Grupo 6			
6 A Melhor...	49	48,51	4,00
6 B Mais...	111	109,90	9,06
Grupo 7			
Total	421	416,83	34,37

Grupo 7

Palavras que se referem a resultados e estão pulverizadas em palavras de igual representatividade (conseguimos, deslanchou, evolução, expandiu, satisfação, soltou, satisfeito, etc.).

TEMAS

Tabela 140 Temas emergentes nas respostas à pergunta 8 do Relatório do Rolfista na amostra da Escola EUA.

		F	%
1	Ambos atingiram seus objetivos/ houve troca	34	33,66
2	Houve integração	16	15,84
3	Mudanças no movimento	16	15,84
4	Mudanças na integração física/ emocional	12	11,88
5	Sim	10	9,90
6	Estou frustrado	6	5,94
7	Não criamos vínculos	4	3,96
8	Ganhou mais alinhamento	3	2,97
	Total	101	100,00

Escola EUA

Esta pergunta, em seu enunciado, congrega quatro perguntas diferentes:

1- Como foi o processo com o cliente?;
2- Como foi o seu processo como profissional?;
3- Que aspectos da Relação terapêutica do processo com este cliente você acha importante relatar?;
4- Você atingiu seus objetivos?.

Ela congrega as perguntas 6 e 7 do Relatório do Rolfista, tais como utilizadas na Escola BR e no NAPER. No procedimento adotado nos EUA, elas foram formuladas como uma só questão.

Na análise dos temas emergentes, existem respostas que se dirigem aos diferentes aspectos desta pergunta.

O tema 1, da Tabela 140, mais freqüente se dirige a dois aspectos: o alcançar os objetivos e a apreciação da relação terapêutica estabelecida, e ambos percebidos como satisfatórios, concomitantemente temos 33,66%, um terço das respostas consideraram a Relação Terapêutica ao responder esta questão.

Temos 4 tipos de resposta que se referem a terem alcançado os objetivos Nos temas 5, 9,9 uma, resposta afirmativa simples; no 2, 15,84 %, os descrevem em termos dos conceitos

centrais do Rolfing (integração, alinhamento), e, no 2, 15, 84, descreverem terem chegado aos seus objetivos por verificarem mudanças no movimento do cliente, e, no 4, 11,88% a uma maior integração psicofísica, correspondendo a 60,39% das respostas. Nota-se, portanto, que só mencionam terem atingido objetivos e não mencionam a Relação Terapêutica ou como foi o processo para o Rolfista.

O agrupamento por categorias conceituais, Tabela 139, partes do Corpo, foi o grupo com maior número de palavras usadas nesta resposta (grupo 2B, com 12,65% das respostas). “Mais” e as palavras quantitativas do grupo 6 B, (9,06%) foram o segundo grupo em freqüência de uso. O terceiro foi no grupo 5^{A}, ligados ao saber, conhecer, com 3,92%, em que a palavra “consciência” teve maior freqüência entre todas as congregadas neste grupo.

Nas respostas, 5,94%, disseram frustrados quanto aos resultados (tema 6, 4), sem que tenham se referido aos outros aspectos da pergunta.

Valor da pergunta

Por questões da tradução e diagramação dos Questionários, nas classes da Escola EUA, estas perguntas apareceram juntas, não tendo sido, portanto, tabuladas separadamente. Sendo acopladas desta forma, sua tabulação reflete este fato e as informações foram difíceis de ser analisadas e interpretadas. Aqui, fazemos as mesmas observações feitas na pergunta 2.6. e 2.7 do NAPER e Escola Br.

3.2.3.9. PERGUNTA 9

RR8 - em caso de desistência - (2000-2005)

	BR	EUA	NAPER
N	3	7	70
P	16	21	328

Palavras mais freqüentes:

Tabela 141 Palavras mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Cliente	4	133,33	25,00	Movimento	3	42,86	14,29	Não	47	67,14	14,33
Mais	2	66,67	12,50	Perdeu	2	28,57	9,52	Sessão	35	50,00	10,67
Processo	2	66,67	12,50	Integração	1	14,29	4,76	Processo	25	35,71	7,62
Trabalho	2	66,67	12,50	Muito	1	14,29	4,76	Mais	20	28,57	6,10
Sessão	2	66,67	12,50	Vida	1	14,29	4,76	Dores	9	12,86	2,74
Terminar	1	33,33	6,25	Sessão	1	14,29	4,76	Dor	7	10,00	2,13
Surgiu	1	33,33	6,25	Cliente	1	14,29	4,76	Problemas	8	11,43	2,44
Orientado	1	33,33	6,25	Tornozelo	1	14,29	4,76	Dinheiro	7	10,00	2,13
Espaço	1	33,33	6,25	Possível	1	14,29	4,76	Cirurgia	6	8,57	1,83
Não	1	33,33	6,25	Não	1	14,29	4,76	Trabalho	4	5,71	1,22

Palavras agrupadas:

Tabela 142 Palavras agrupadas por semelhanças conceituais mais usadas nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

BR	F	%N	%P	EUA	F	%N	%P	NAPER	F	%N	%P
Processo	7	233,33	43,75	Integração	12	171,43	57,14	Não	56	80,00	17,07
Cliente	4	133,33	25,00	Movimento	6	85,71	28,57	Sessão	47	67,14	14,33
Espaço	3	100,00	18,75	Perdeu	2	28,57	9,52	Mais	36	51,43	10,98
Não	1	33,33	6,25	Muito	1	14,29	4,76	Processo	30	42,86	9,15
Alinhar	1	33,33	6,25					Partes do corpo	19	27,14	5,79
								Dor	17	24,29	5,18
								Problema	15	21,43	4,57
								Suporte	13	18,57	3,96
								Mudar	11	15,71	3,35
								Melhor	11	15,71	3,35

Grupos conceituais:

Tabela 143 Palavras categorizadas em subgrupos organizados conceitualmente nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

	BR			EUA			NAPER		
Grupo 1	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**	**F**	**%N**	**%P**
1 A Estrutural...	1	33,33	6,25	12	171,43	57,14	3	4,29	0,91
1 B Movimento...	3	100,00	18,75	6	85,71	28,57	8	13,43	2,44
Grupo 2									
2 A 1 Corpo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	5	7,14	1,52
2 A 2 Físico	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 A 3 Músculo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
2 B Partes do corpo	1	33,33	6,25	0	0,00	0,00	19	27,14	5,79
2 C Outras	2	66,67	12,50	0	0,00	0,00	3	4,29	0,91
Grupo 3									
3 A 1 Dor	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	17	24,29	5,18
3 A 2 Problemas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	15	21,43	4,57
3 A 3 Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
3 B Doenças...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	1,43	0,30
3 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 4									
4 A 1 Emoções...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	6	8,57	1,83
4 A 2 Sentir...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	7	10,00	2,13
4 A 3 Psicológicas...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	2	2,86	0,61
4 B Ans/depre...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	6	8,57	1,83
4 C R.T.	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	32	45,71	9,76
Grupo 5									
5 A Conhecer...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	7	10,00	2,13
5 B Mudança...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	24	34,48	7,32
Grupo 6									
6 A Melhor...	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	11	15,71	3,35
6 B Mais...	2	66,67	12,50	1	14,29	4,76	36	51,43	10,98
6 C Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Grupo 7									
7 A Adj/adv	1	33,33	6,25	2	28,57	9,52	126	180,00	38,41
7 B Outros	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

TEMAS

Tabela 144 Temas emergentes nas respostas à pergunta 9 do Relatório do Rolfista nas diferentes amostras.

		BR		EUA		NAPER	
		F	%	F	%	F	%
1	Começou a Faculdade	1	33,33	0	0,00	0	0,00
2	Mudou de trabalho	1	33,33	0	0,00	0	0,00
3	Dispensado por excesso de faltas	1	33,33	0	0,00	0	0,00
4	Não completou o processo	0	0,00	6	85,71	0	0,00
5	Deixou o país	0	0,00	1	14,29	0	0,00
6	Não percebeu melhoras, não satisfeito.	0	0,00	0	0,00	15	21,54
7	Problemas financeiros	0	0,00	0	0,00	12	16,92
8	Doenças, gravidez, cirurgias.	0	0,00	0	0,00	12	16,92
9	Viagem/horário/férias/mudança NAPER	0	0,00	0	0,00	8	10,77
10	Razões emocionais – depressão	0	0,00	0	0,00	8	10,77
11	Resistiu ao processo, não queria mudar.	0	0,00	0	0,00	5	7,69
12	Problemas com rolfista RT	0	0,00	0	0,00	3	4,62
13	Outras alternativas	0	0,00	0	0,00	3	4,62
14	Problemas com contrato do NAPER	0	0,00	0	0,00	2	3,08
15	Não quis fazer em grupo	0	0,00	0	0,00	2	3,08
	Total	3	100,00	7	100,00	70	100,00

Comentários

NAPER

Na análise dos temas, Tabela 144, temos que dos clientes que desistiram, 70, 9,80% do total da amostra do NAPER, 21,54%, das respostas analisadas se referem ao tema 6, a maior porcentagem nas razões por terem desistido, “não perceberam melhoras”, correspondendo a 2,10% dos 714 clientes. Os demais casos se distribuem por razões particulares.

Foram encontradas respostas em que a razão relatada para a desistência foi a Relação Terapêutica. São 3 respostas no tema 12 que correspondem a 4,62 % do conjunto respostas, e, no tema 9, 3,08 % delas, perfazendo um total de 7,70 % das respostas, referindo-se a problemas com o rolfista ou com a Instituição (Tabela 144).

A análise da resistência percebida também é da ordem de 7,69%, dos clientes que não completaram o processo, 0,70% do N total, 714 casos, cujas respostas estão congregadas no tema 11.

Os temas 2, 3, 4 sugerem razões externas ao processo.

Aparecem, no tema 5, razoes emocionais para não completarem o processo, ou seja, 10,77% das respostas catalogadas (8 dos 70 casos).

Comentários sobre as Escola BR, Escola EUA e NAPER

Na Escola BR, os 3 casos de desistência têm razões particulares, sendo que um deles se deve ao excesso de falta. Vale notar que os cursos na Escola BR são modulares, e que o processo se estende por 8 meses, revelando alto grau de comprometimento dos clientes. Esta adesão representou vínculo bastante estável com o compromisso.

Na Escola EUA, não temos dados para compreendermos as 6 desistências relatadas, sem que as razões tivessem sido reportadas, o que sugere que na falta de registro, não há como analisar as desistências.

Valor da Pergunta

O valor desta pergunta recai no fato de que sua resposta implica em processo de reflexão sobre as possíveis razões das desistências. Os dados advindos mostraram um levantamento de causas e, algumas delas, sugerem também reflexão sobre a Relação Terapêutica. Portanto o valor desta pergunta recai neste levantamento de situações que podem ser administradas pela Escola/NAPER ou em sugerir uma reflexão sobre a Relação Terapêutica e sobre os processos inacabados.

FRASES:

“PARA MIM FOI UMA SURPRESA O CARLOS SUMIR NAS ÚLTIMAS SESSÕES”
“TINHA CURIOSIDADE DE SABER COMO ERA O PROCESSO. TEVE MUITAS MUDANÇAS NA PRIMEIRA SESSÃO. DESISTIU E NÃO VOLTOU. RECUSOU-SE A ASSINAR O CONTRATO”.
“DESISTIU, NÃO QUIS PAGAR A FALTA. FICOU OFENDIDO”.
“FALOU QUE ESTAVA COM PROBLEMAS FINANCEIROS”.
“ESTA DESISTÊNCIA ME PEGOU DESPREVENIDA. O PROCESSO ESTA INDO BEM...”,
“O PACIENTE TINHA 75 ANOS E MUITA DIFICULDADE DE PERCEBER O CORPO”.
“ACHO QUE ELA SE DECEPCIONOU COM ALGO, POIS JÁ NA SEGUNDA SESSÃO ELA QUERIA IR EMBORA ANTES DA SESSÃO ALEGANDO MEDICO. NÃO ENTENDI BEM.”
“A MOLA PROPULSORA DA DESISTÊNCIA FOI QUE SEU TRABALHO COMEÇOU A APERTAR E TEVE QUE FALTAR. DEPOIS DE DUAS SEMANAS SEGUIDAS SEM VIR RESOLVEU DESISTIR”.
“DESISTIU QUANDO COMEÇOU A MUDAR”.
“ESTAVA DECIDIDA A FAZER CIRURGIA”
“PROBLEMAS DE FINANCIAS”
“DESDE O INICIO TINHA MUITA DIFICULDADE EM SE PERCEBER DURANTE AS SESSÕES”.
“ESTELITA TEM MUITA DOR NA LOMBAR, VEIO COM DIAGNOSTICO DE CIRURGIA, VEIO PRA FAZER 4 SESSÕES PARA VER SE MELHORAVA A DOR. NÃO MELHOROU O QUE ELA ESPERAVA, ELA PAROU.”

3.3. TABELAS COMPARATIVAS

Os questionário evoluíram de forma que apresentam, agora, algumas perguntas que são feitas antes e depois do processo, permitindo, assim, uma análise comparativa.

A seguir, apresentaremos os dados referentes às seguintes questões:

1- as questões relativas à Dor, cujos dados foram retirados da Entrevista Inicial e do Relatório de Cliente. As seguintes variáveis foram comparadas entre si :

1.1. natureza;
1.2. há quanto tempo tem a dor;
1.3. intensidade;
1.4. periodicidade.

Serão apresentados cruzamentos entre amostras dependentes e, para tanto, foram realizados testes estatísticos de acordo com o nível de mensuração das amostras envolvidas. Neste sentido, para as variáveis qualitativas foram aplicados testes de χ^2 e o teste exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas, foram usadas Médias (M), Desvios-Padrão (DP) para a descrição das amostras e o teste "t" de comparação de médias para as amostras dependentes. Nos testes estatísticos, a margem de erro utilizada foi de 5%.

Serão apresentados os dados referentes às três amostras pesquisadas: NAPER, Escola BR e Escola EUA e, o tipo de tratamento estatístico utilizado em cada comparação.

2- as questões relativas a "como se sente emocionalmente" antes e após o processo de Rolfing, pergunta aberta que foi tabulada apos o processo;

3- as respostas ao Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF, aplicado aos clientes das Escola BR e EUA;

4- perguntas abertas semelhantes, feitas sob perspectivas diferentes : rolfista ou cliente:

4.1. relacionadas aos objetivos quanto ao processo;
4.2. relacionadas a como foi trabalhar com seu rolfista ou cliente.

3.3.1. INTENSIDADE DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING

Tabela 145 - BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing.

BR	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Dor A	6,41	2,14	2,21	2,2	29	29
Dor B	5,85	2,15	1,73	2,91	13	13
Dor C	6,13	2,88	2,23	2,42	8	8

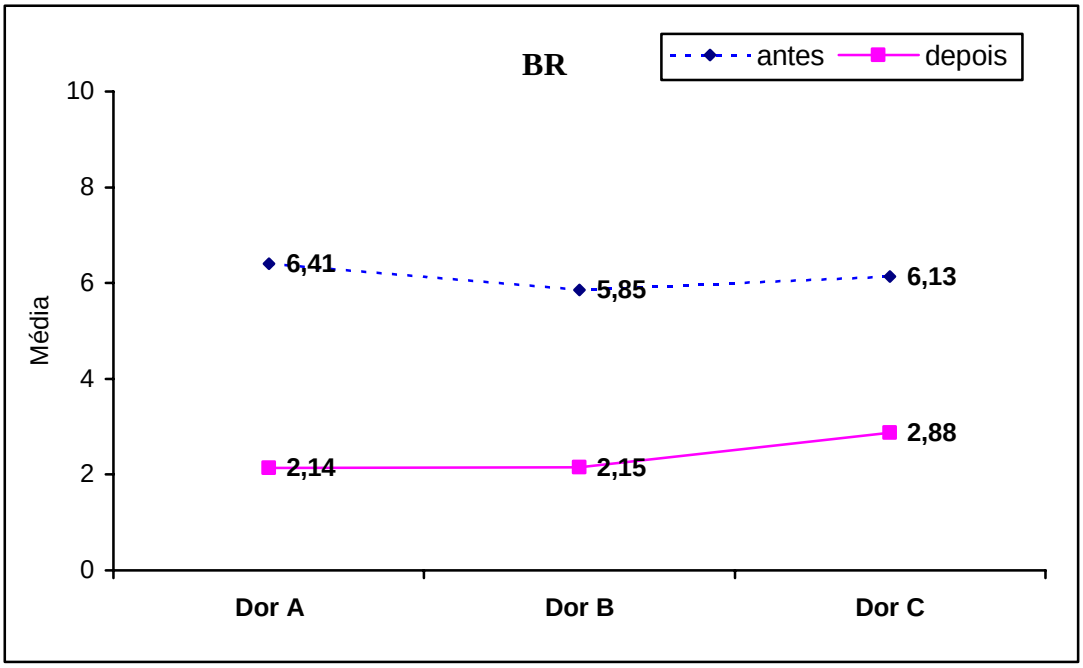

Figura 1 – BR - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing .

Tabela 146 - EUA -Médias das Intensidade, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing.

EUA	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Dor A	5,75	1,5	2,1	1,3	50	50
Dor B	4,9	1,72	2,4	1,4	29	29
Dor C	5,26	1,89	2,5	1,8	19	19

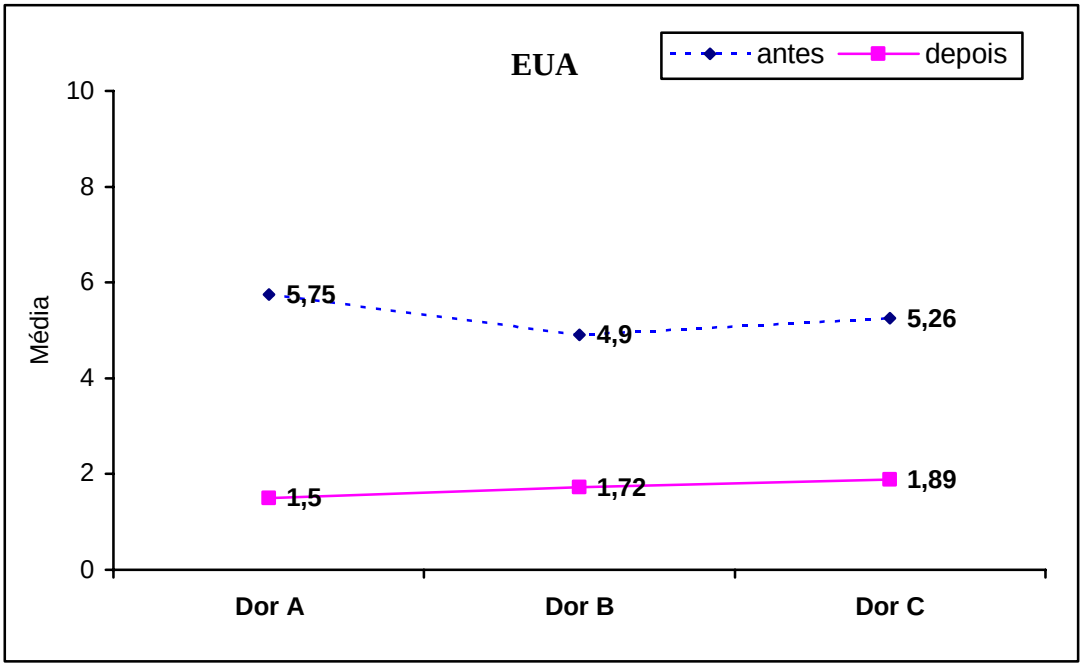

Figura 2 – EUA - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing.

Tabela 147 – Total das Escolas - - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing.

Total das Escolas	Média		Desvio Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Dor A	5,97	1,73	2,154	1,692	79	79
Dor B	5,19	1,86	2,244	1,983	42	42
Dor C	5,52	2,19	2,376	2,02	27	27

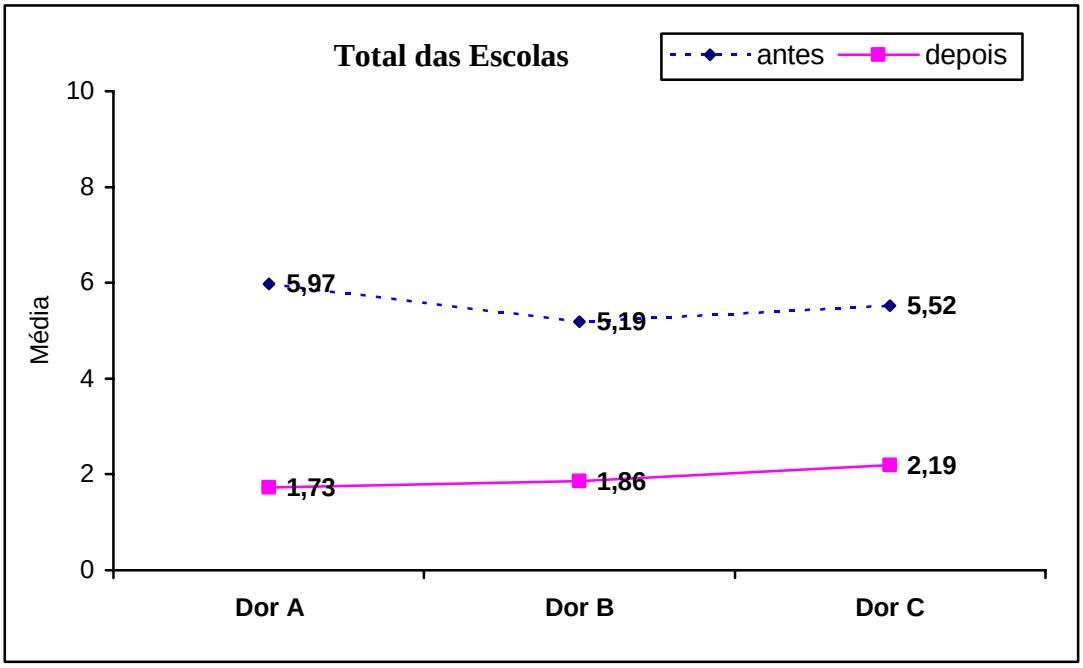

Figura 3 – Total das Escolas - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing.

Tabela 148 - NAPER - - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing.

NAPER	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Dor A	5,95	1,95	2,028	1,839	61	61
Dor B	5,45	2,3	2,282	1,976	20	20
Dor C	4,71	3,43	1,799	2,878	7	7

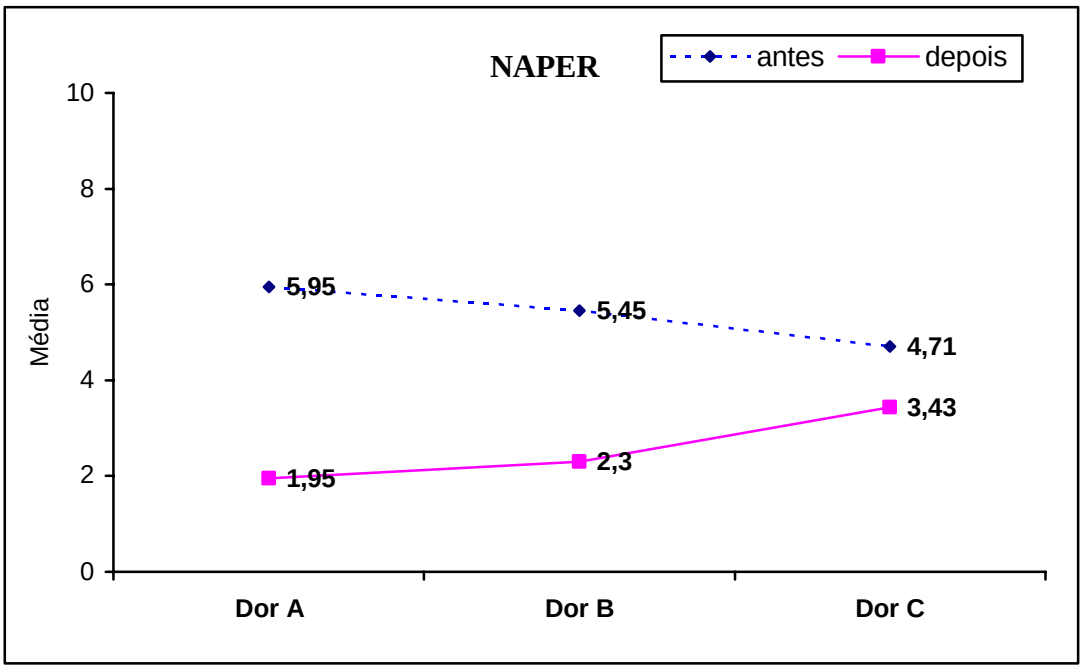

Figura 4 – NAPER - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing.

Tabela 149 – Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências das dores A, B, C antes e depois do processo de Rolfing.

Total Geral	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Dor A	5,96	1,83	2,093	1,755	140	140
Dor B	5,27	2	2,241	1,975	62	62
Dor C	5,35	2,44	2,268	2,232	34	34

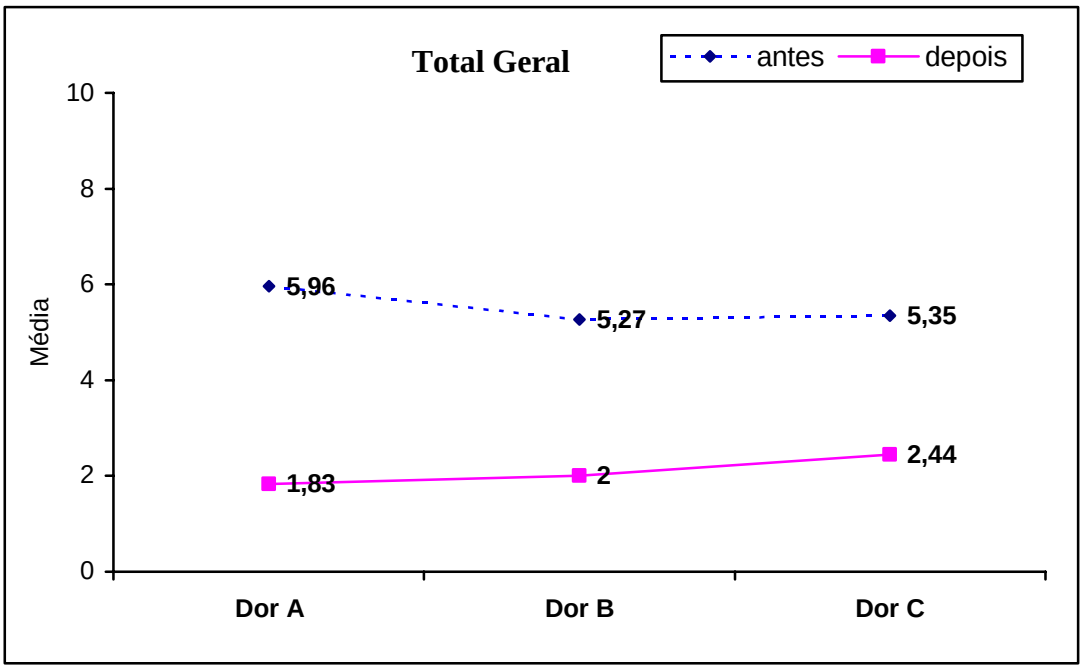

Figura 5 – Total Geral - Média da intensidade das dores A, B e C antes e depois do processo de Rolfing.

Comenários

Foi calculado o χ^2 e houve diferença entre as médias das intensidades das dores A, B e C, antes e depois do processo de Rolfing, em todas as amostras observadas. Esta diferença é significativa, em todas as amostras, com exceção da dor C do NAPER.

NA Escola BR, temos que p=0,000 para a dor A; 0,001 para a dor B e, 0,010, para a dor C.

Na Escola EUA, temos que a diferença tem p=0,000 para todas as dores.

No NAPER, temos 0,000 para as dores A e B e, 0,391, para a dor C, em que o N é de 7 casos e, o DP, de 1,799, e 2,878 respectivamente para antes e depois do processo.

No conjunto, tanto nas Escolas como no Total Geral, temos que p=0,000 para as dores A, B e C.

Analisando-se o DP, notamos que a dor ficou mais concentrada, em torno de uma M menor em todas as amostras.

3.3.2. INTENSIDADE DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING X PERIODICIDADE

BR

Tabela 150 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing

Dor A	Média		Desvio Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,08	4,5	1,73	3,536	12	2
1 a 3 vezes/semana	0	0	2,044	0	0	0
Ocasional	6,2	4,67	0	1,528	10	3
Raramente	10	2,67	0	1,658	1	9
Situações específicas físicas	6,22	4	2,539	1	9	3
Horários específicos	8	0	1,414	0	2	0
Situações específicas emocionais	5,5	3	0,707	0	2	1
Acabou	0	0	0	0	0	12
Total					36	30

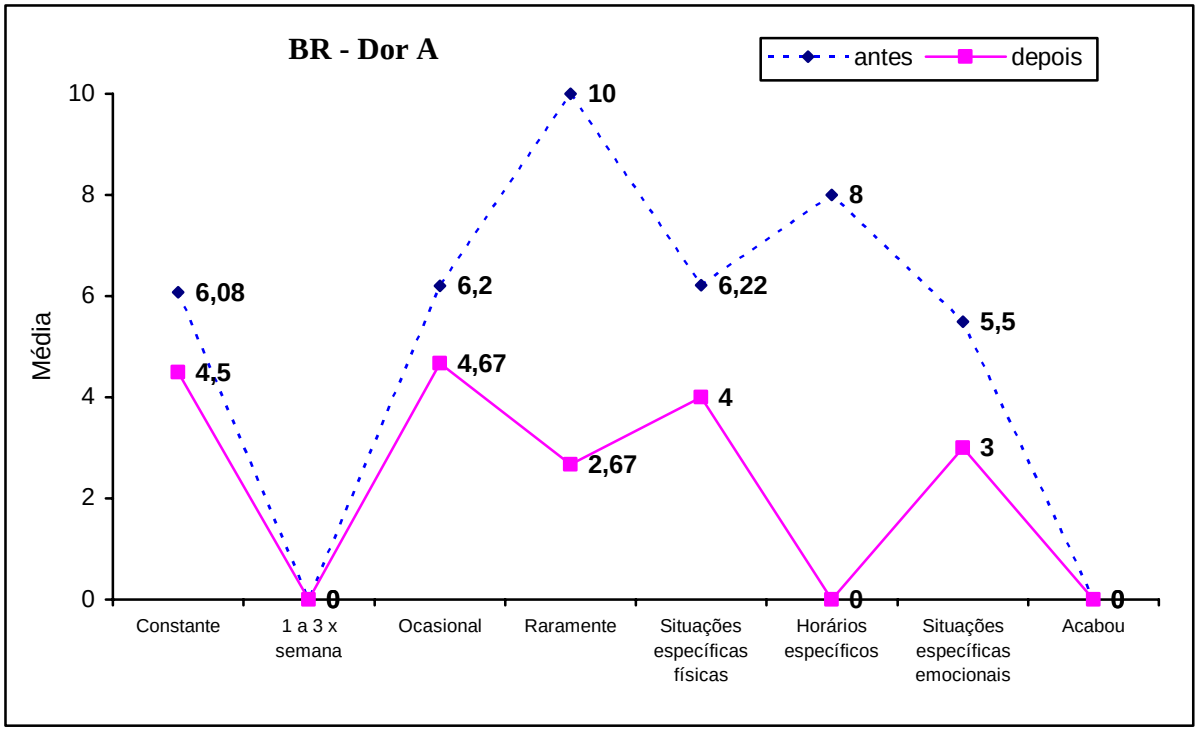

Figura 6 – BR - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 151 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,63	4,5	1,598	3,536	8	2
1 a 3 vezes/semana	5	0	0	0	2	0
Ocasional	5	6	0,816	0	4	1
Raramente	0	3,25	0	3,202	0	4
Situações específicas físicas	7,5	4	0,707	0	2	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0
Acabou	0	0	0	0	0	13

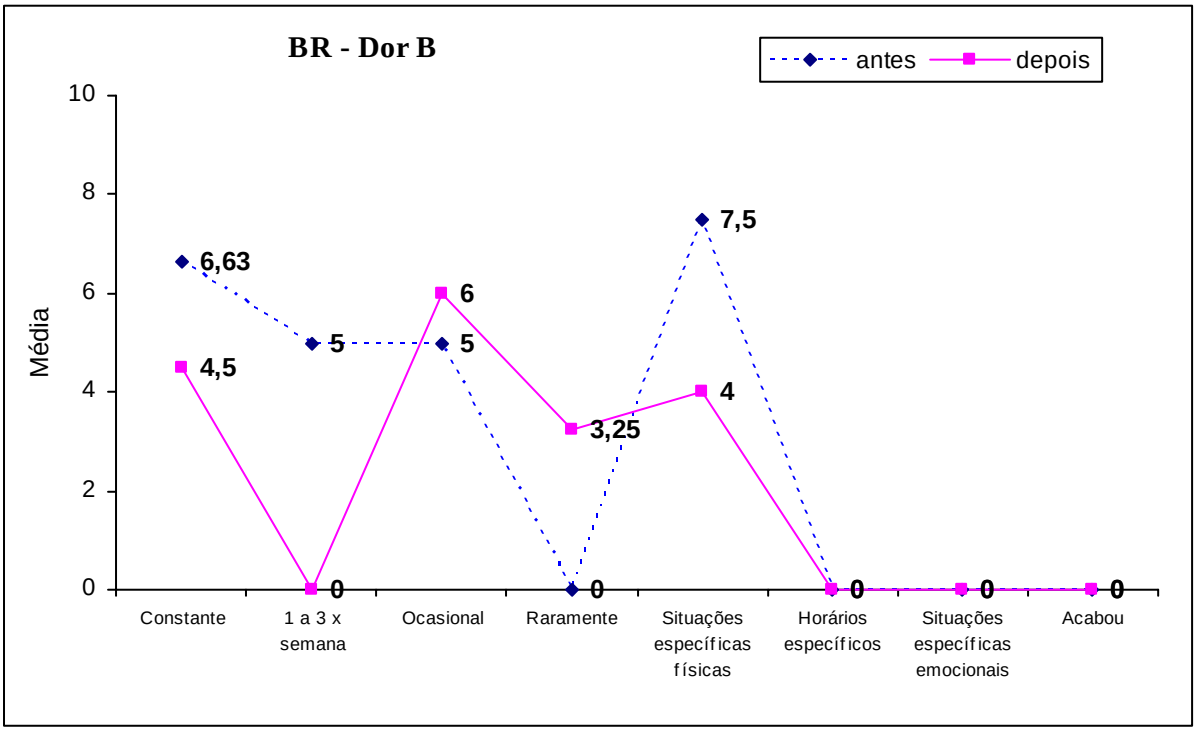

Figura 7 – BR - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 152 BR - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	7,2	0	1,924	0	5	0
1 a 3 vezez/semana	5	0	0	0	1	0
Ocasional	5,33	6	1,528	0	3	1
Raramente	0	2,2	0	1,643	0	5
Situações específicas físicas	4	6	1,732	0	3	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	10	0	0	0	1	0
Acabou	0	0	0	0	0	1

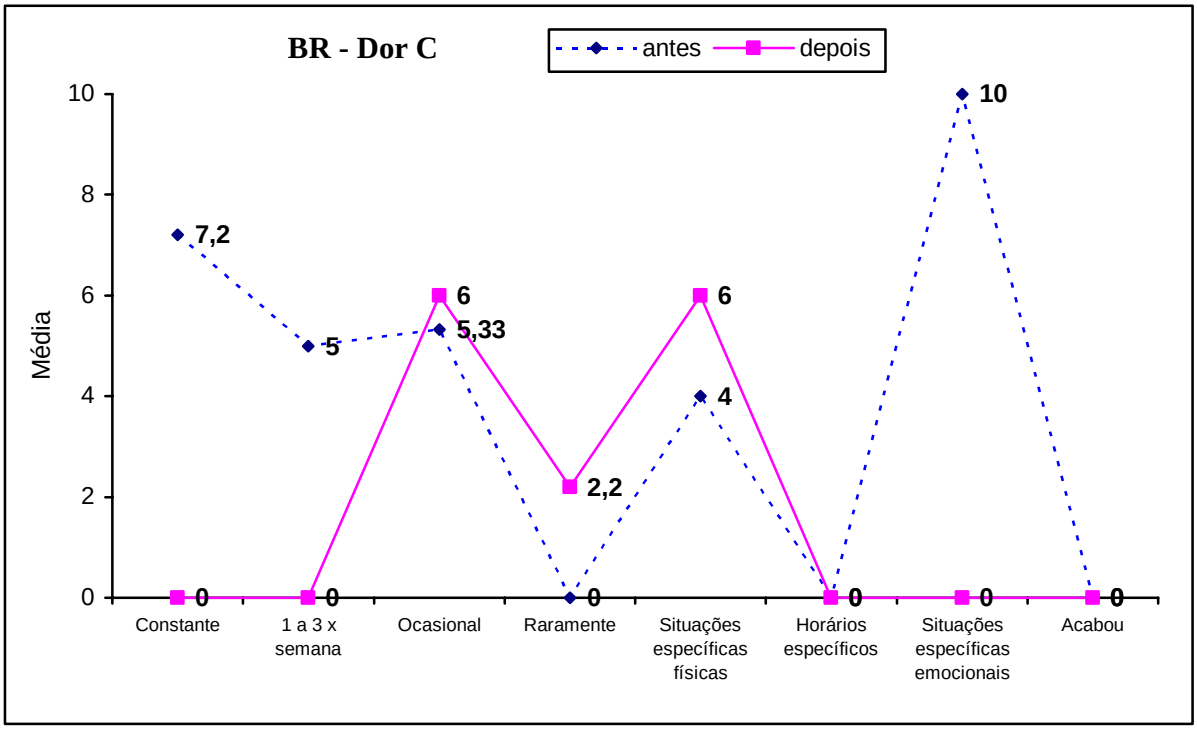

Figura 8 – BR - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

EUA

Tabela 153 EUA - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing

Dor A	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	5,43	2,5	2,417	1,512	40	8
1 a 3 vezes/semana	7,5	0,5	0,707	0,707	2	2
Ocasional	5,17	1,75	2,588	0,5	12	4
Raramente	5	2,07	1,732	1,141	3	27
Situações específicas físicas	5,67	0	2,733	0	6	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	3	0	0	0	1	0
Acabou	0	0,08	0	0,277	0	13

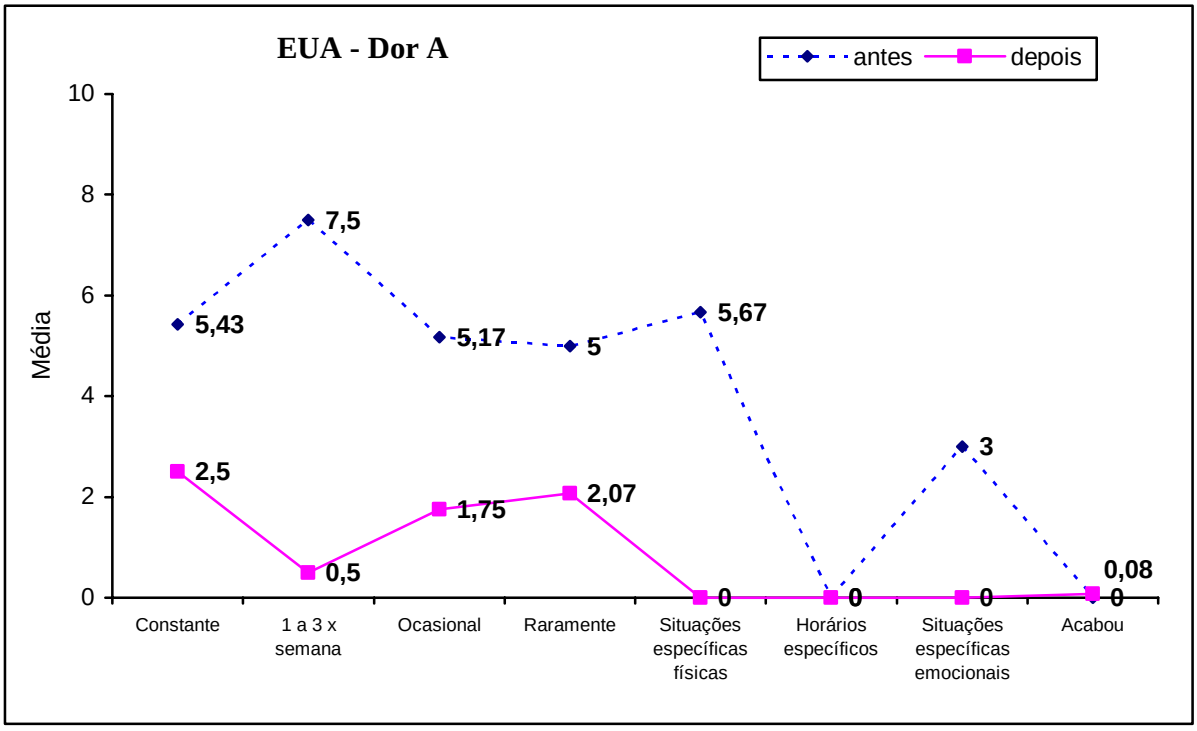

Figura 9 – EUA - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 154 EUA - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing

Dor B	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	5,35	3,33	3,061	1,211	17	6
1 a 3 vezes/semana	5,43	0	2,76	0	7	0
Ocasional	4,5	2	1,291	1,414	4	2
Raramente	5	1,85	0	1,405	1	13
Situações específicas físicas	4,2	2,5	2,658	0,707	10	2
Horários específicos	8	0	0	0	1	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0
Acabou	0	0,09	0	0,302	1	11

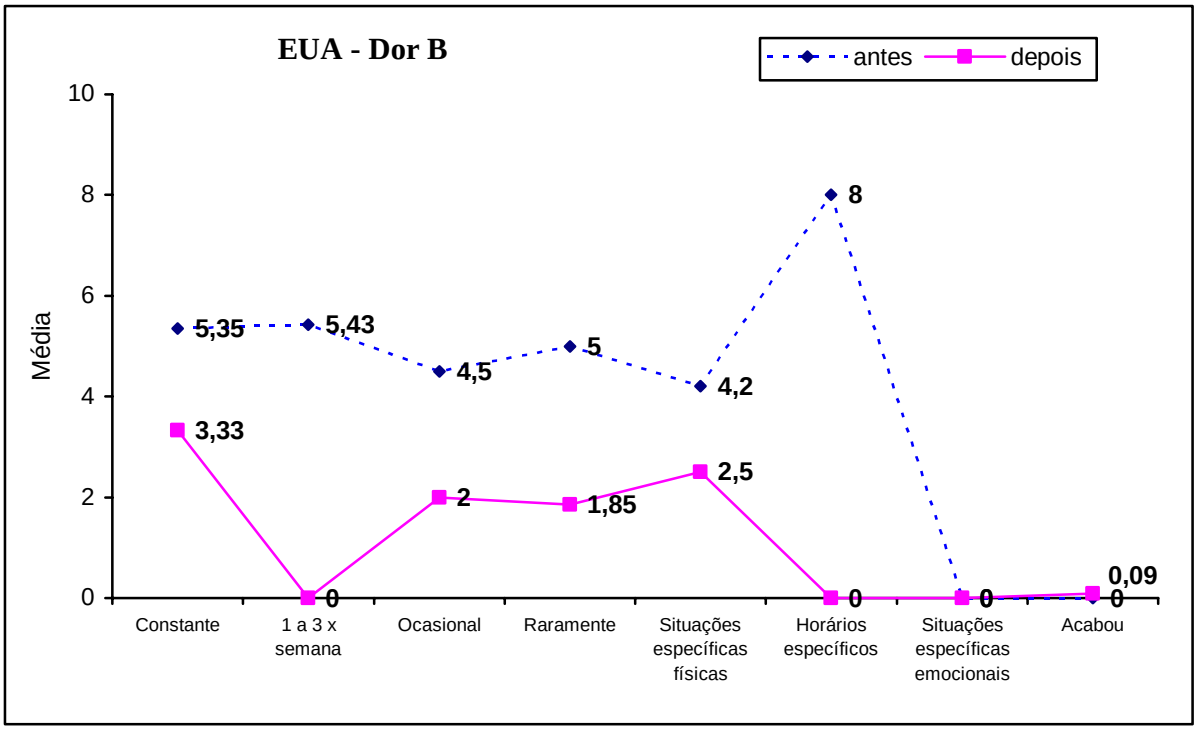

Figura 10 – EUA -Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 155 EUA - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing

Dor C	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	5,33	5,5	2,582	2,121	6	2
1 a 3 vezes/semana	2,67	2	1,155	0	3	1
Ocasional	4,17	2,33	2,483	0,577	6	3
Raramente	3	1,43	0	0,535	1	7
Situações específicas físicas	0	0	0	0	0	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0
Acabou	0	0,2	0	0,447	0	5

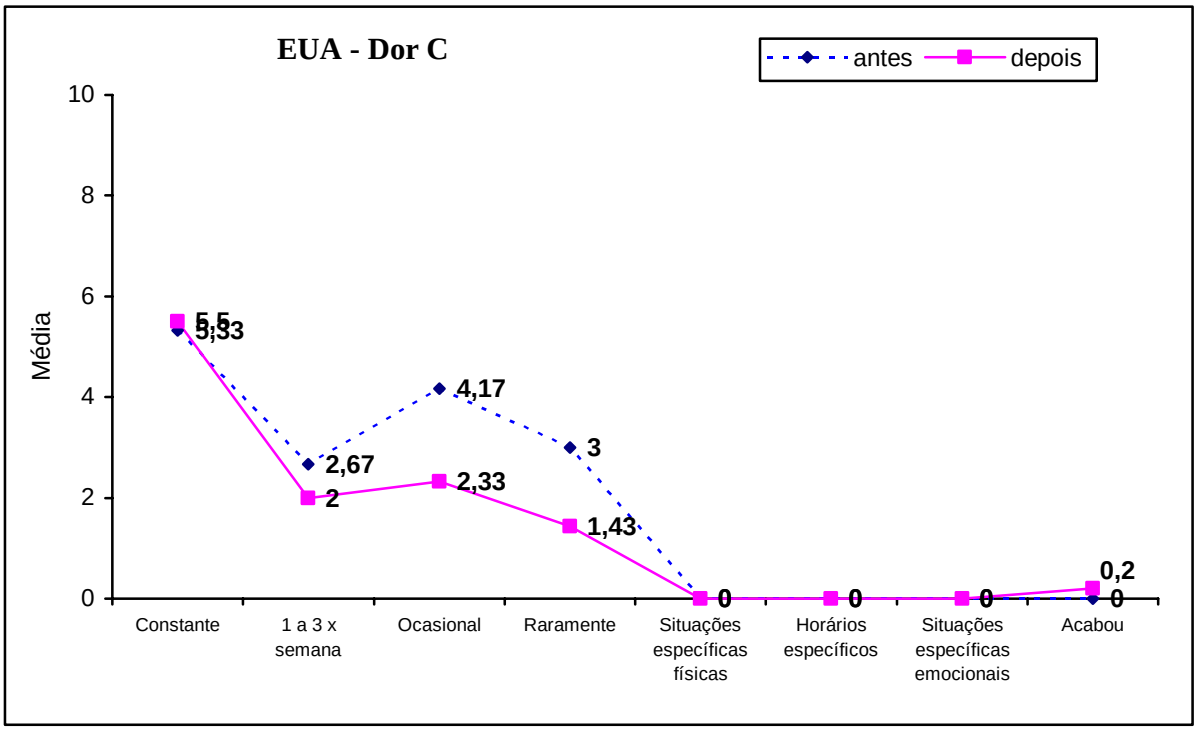

Figura 11 – EUA - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Total das Escolas

Tabela 156 Total das Escolas - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,15	3,6	2,598	1,955	62	10
1 a 3 vezes/semana	5,62	3,2	1,557	2,387	13	5
Ocasional	5,05	2	2,094	0	19	1
Raramente	5	1,92	0	1,248	2	24
Situações específicas físicas	4,71	3	1,611	1,732	17	3
Horários específicos	5,6	5	1,949	0	5	1
Situações específicas emocionais	4	0	2	0	3	0
Acabou	0	0,06	0	0,25	0	16

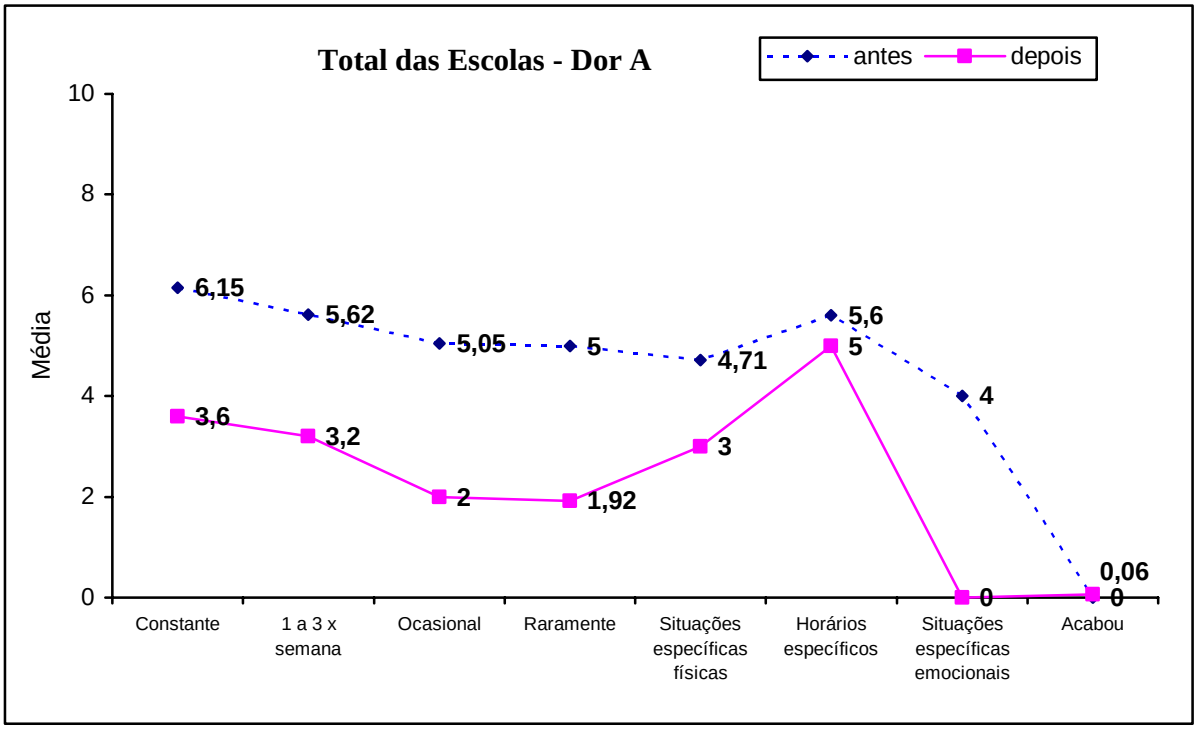

Figura 12 – Total das Escolas -.Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 157 Total das Escolas - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,35	4,5	2,178	2,38	17	4
1 a 3 vezes/semana	5,4	1	2,074	0	5	2
Ocasional	5	0	2,145	0	11	0
Raramente	3,5	1,67	3,536	1,366	2	6
Situações específicas físicas	4,92	3	2,465	0	13	2
Horários específicos	5	3	2,828	1,414	2	2
Situações específicas emocionais	5,5	4	1	0	4	1
Acabou	0	0,25	0	0,5	0	4

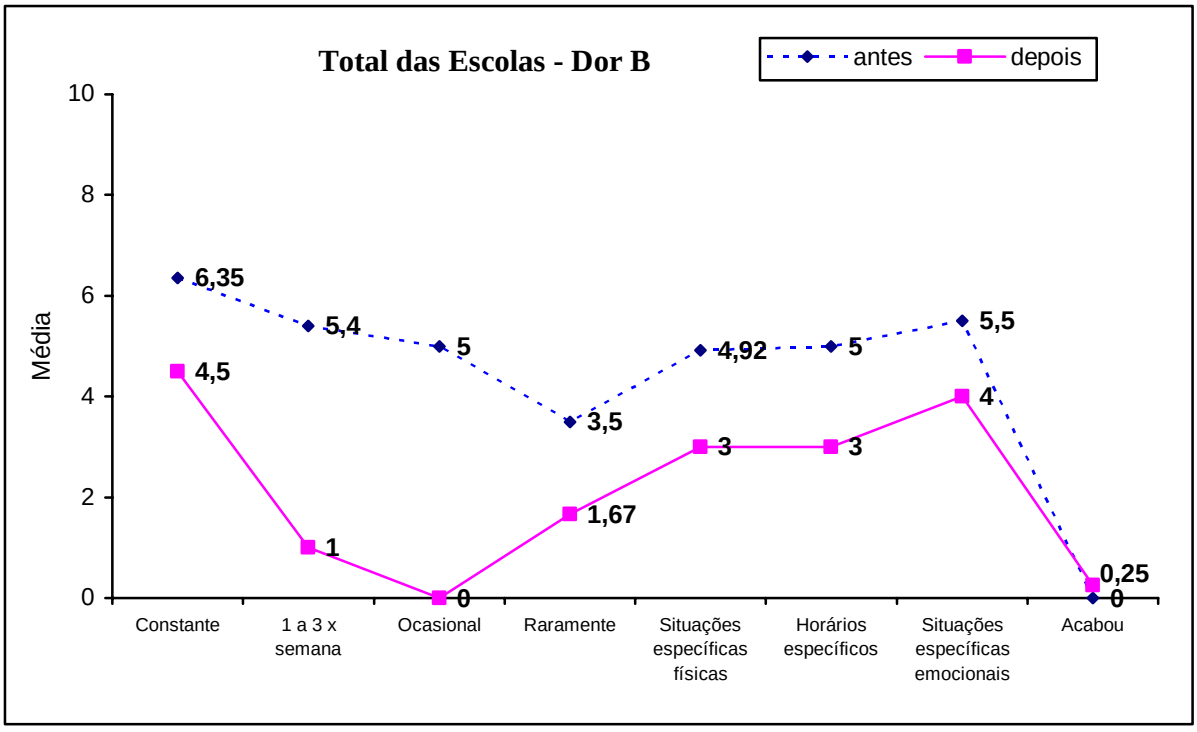

Figura 13 – Total das Escolas - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 158 Total das Escolas - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,43	5,5	1,813	2,121	7	2
1 a 3 vezes/semana	6	2	1,414	0	2	1
Ocasional	4	3,25	1,732	1,893	3	0
Raramente	6	1,75	5,657	1,138	2	4
Situações específicas físicas	4	6	1,732	0	3	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	4	0	2,828	0	2	0
Acabou	0	0,17	0	0,408	0	1

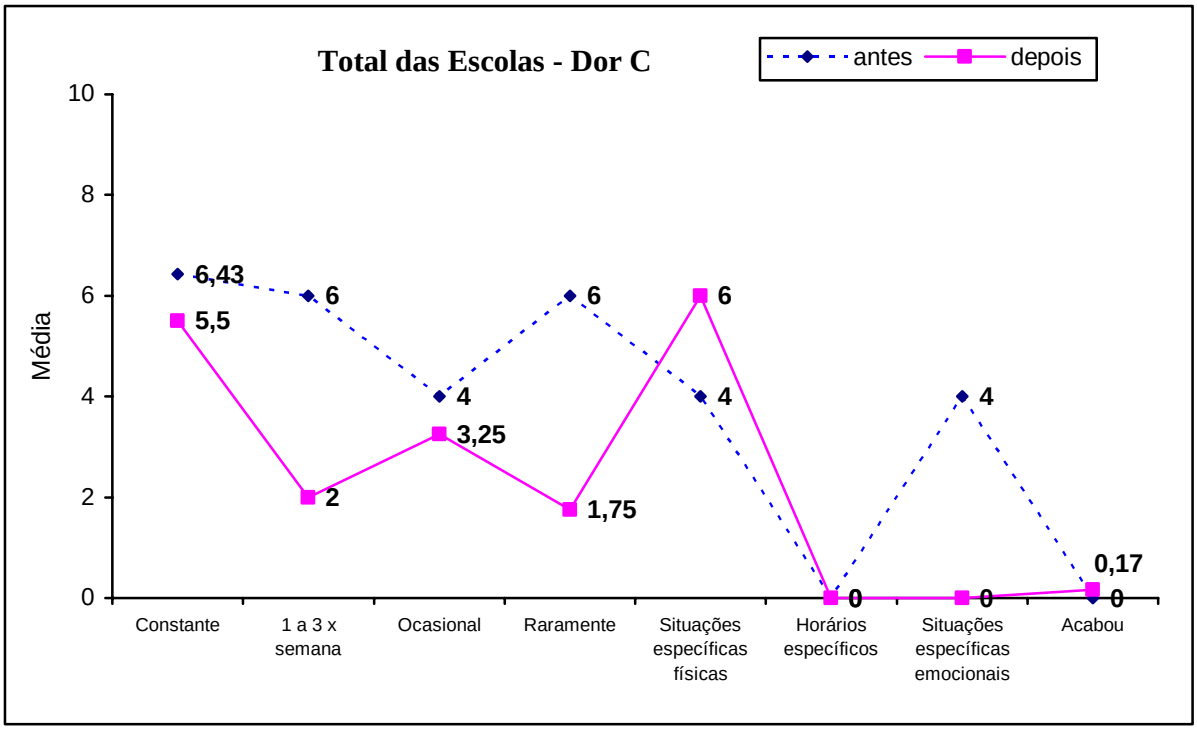

Figura 14 – Total das Escolas - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

NAPER

Tabela 159 NAPER - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	5,58	2,9	2,278	1,969	52	10
1 a 3 vezes/semana	7,5	0,5	0,707	0,707	2	2
Ocasional	5,64	3	2,361	1,826	22	7
Raramente	6,25	2,22	2,872	1,29	4	36
Situações específicas físicas	6	4	2,535	1	15	3
Horários específicos	8	0	1,414	0	2	0
Situações específicas emocionais	4,67	3	1,528	0	3	1
Acabou	0	0,04	0	0,2	0	25

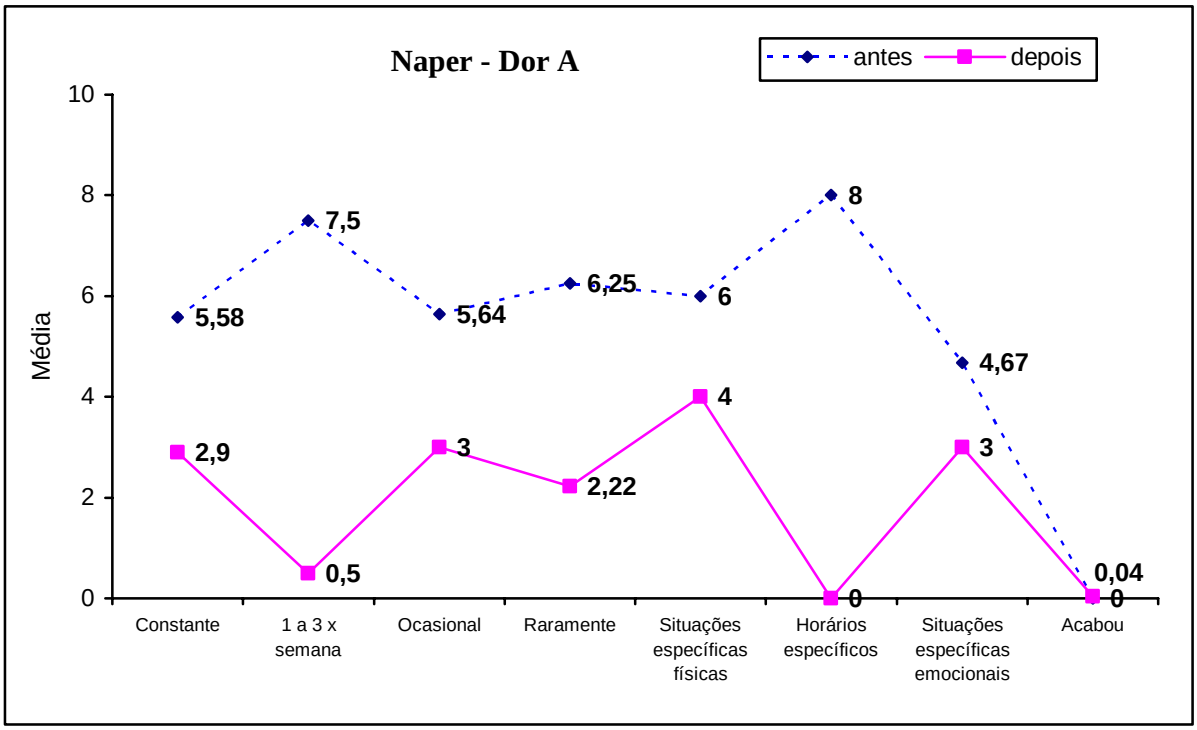

Figura 15 – NAPER - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 160 NAPER - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	5,76	3,63	2,712	1,768	25	8
1 a 3 vezes/semana	5,33	0	2,398	0	9	0
Ocasional	4,75	3,33	1,035	2,517	8	3
Raramente	5	2,18	0	1,944	1	17
Situações específicas físicas	4,75	3	2,734	1	12	3
Horários específicos	8	0	0	0	1	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0
Acabou	0	0,06	0	0,236	1	18

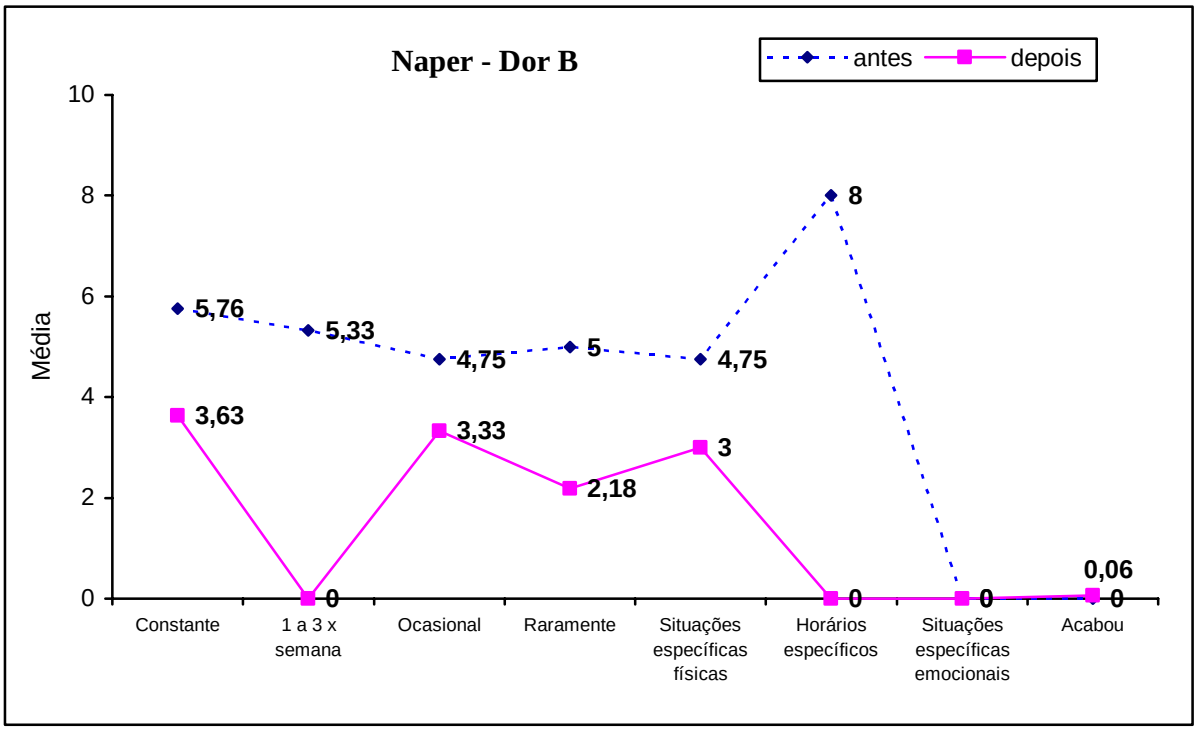

Figura 16 – NAPER - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 161 NAPER - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor C em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,18	5,5	2,401	2,121	11	2
1 a 3 vezes/semana	3,25	2	1,5	0	4	1
Ocasional	4,56	3,25	2,186	1,893	9	4
Raramente	3	1,75	0	1,138	1	12
Situações específicas físicas	4	6	1,732	0	3	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	10	0	0	0	1	0
Acabou	0	0,17	0	0,408	0	6

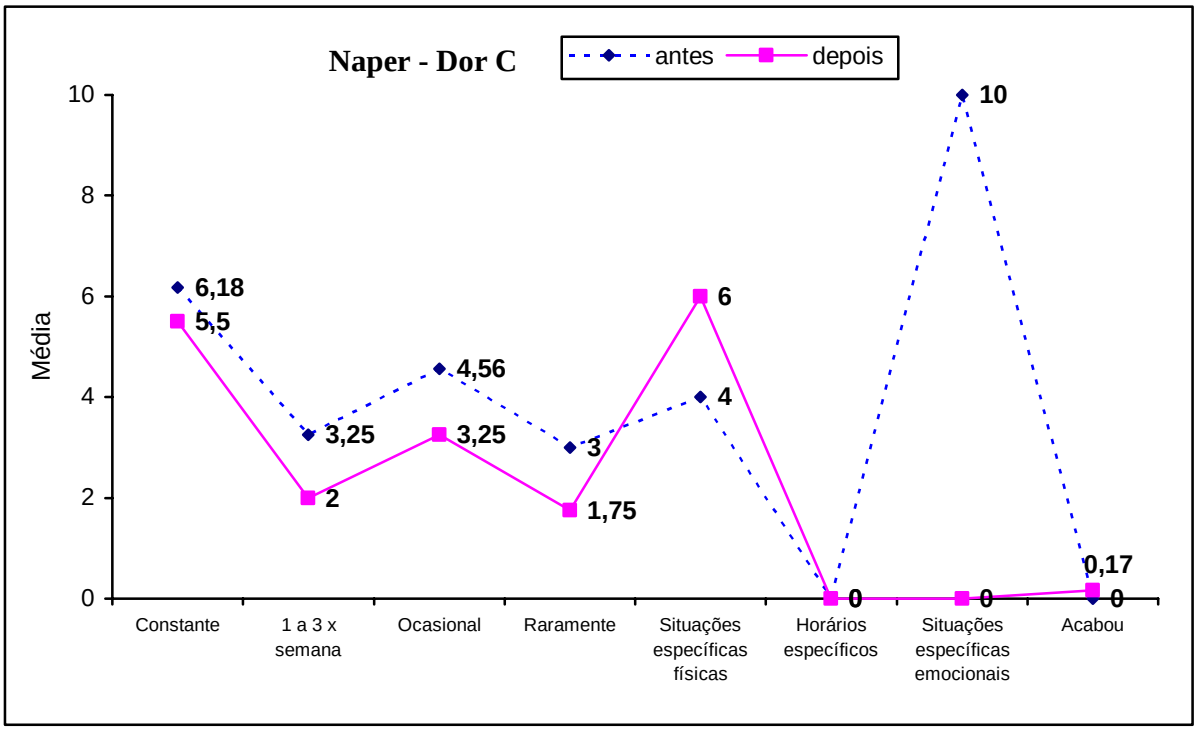

Figura 17 – NAPER - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Total Geral

Tabela 162 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor A em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	5,89	3,25	2,463	1,943	114	20
1 a 3 vezes/semana	5,87	2,43	1,598	2,37	15	7
Ocasional	5,37	2,88	2,233	1,727	41	8
Raramente	5,83	2,1	2,317	1,272	6	60
Situações específicas físicas	5,31	3,5	2,162	1,378	32	6
Horários específicos	6,29	5	2,059	0	7	1
Situações específicas emocionais	4,33	3	1,633	0	6	1
Acabou	0	0,05	0	0,218	0	0

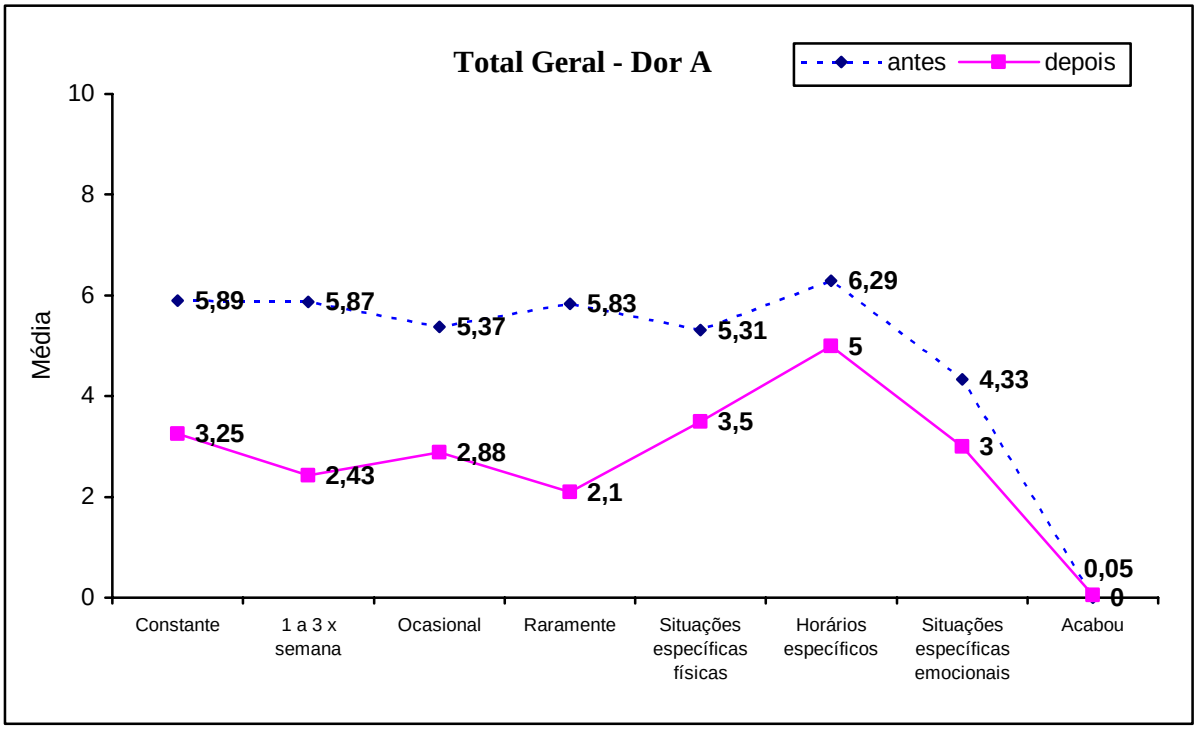

Figura 18 – Total Geral - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 163 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6	3,92	2,499	1,929	42	12
1 a 3 vezes/semana	5,36	1	2,205	0	14	2
Ocasional	4,89	3,33	1,729	2,517	19	3
Raramente	4	2,04	2,646	1,796	3	23
Situações específicas físicas	4,84	3	2,544	0,707	25	5
Horários específicos	6	3	2,646	1,414	3	2
Situações específicas emocionais	5,5	4	1	0	4	1
Acabou	0	0,09	0	0,294	1	22

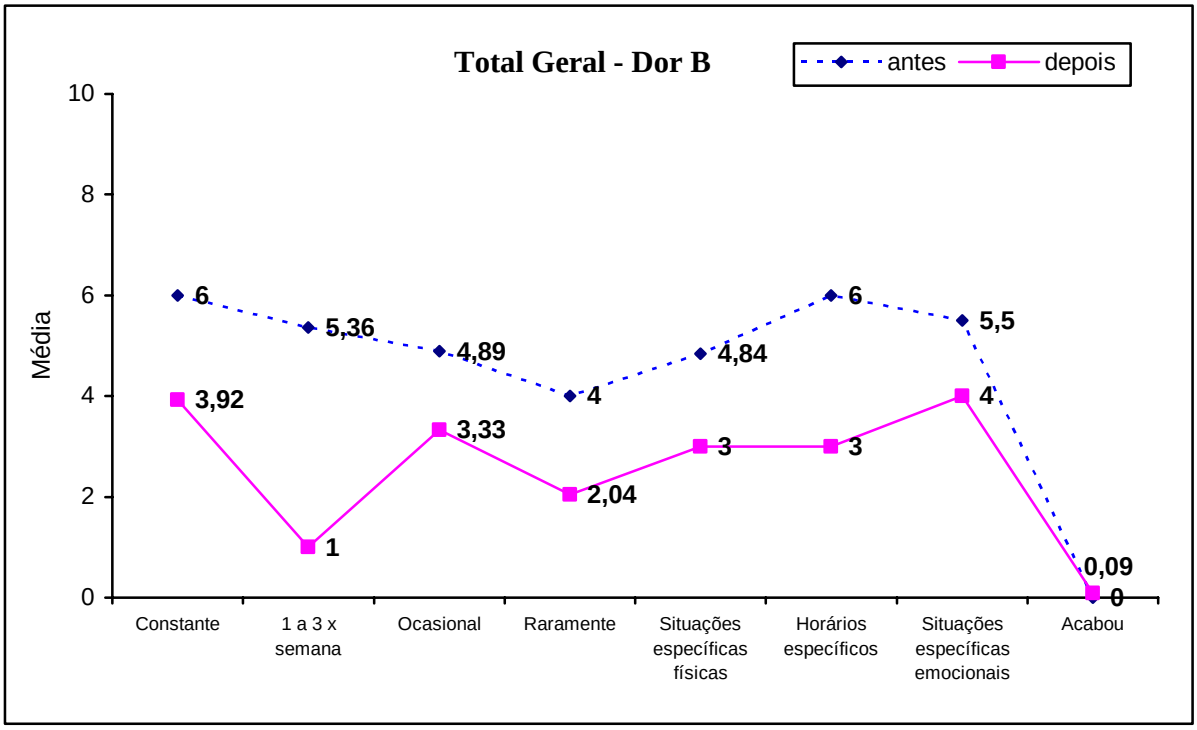

Figura 19 – Total Geral - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Tabela 164 Total Geral - Médias das Intensidades, Desvios-Padrão e Freqüências da dor B em relação à periodicidade antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Média		Desvio-Padrão		N	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Constante	6,28	5,75	2,137	2,754	18	4
1 a 3 vezes/semana	4,17	3,5	1,941	2,121	6	2
Ocasional	4,42	3,25	2,021	1,893	12	4
Raramente	5	1,88	4,359	1,025	3	16
Situações específicas físicas	4	6	1,549	0	6	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	6	0	4	0	3	0
Acabou	0	0,14	0	0,378	0	7

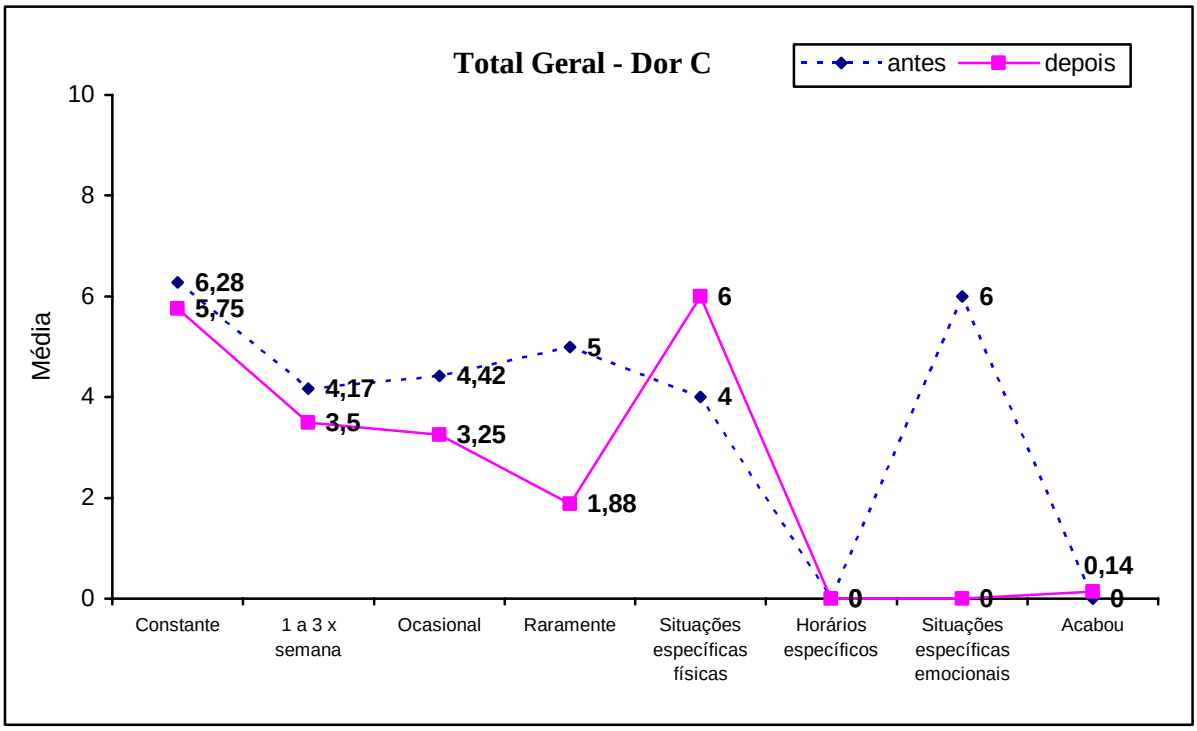

Figura 20 – Total Geral - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X periodicidade.

Comentários

A análise da Periodicidade das dores relacionadas com a média da intensidade, antes e depois do processo de Rolfing, sugere que estes dados estão relacionados.

Diminui a intensidade e diminui a periodicidade das dores. Em todas as amostras, em tanto na dor A como B ou C houve esta tendência.

No Total das amostras (N=221), as médias diminuíram 4,26, 3,99 e 3,20, respectivamente nas dores A, B e C) e temos que 28% da dor A, 31,9% da B e 17,1 % da C das dores relatadas acabaram.

Diminuíram de intensidade e de periodicidade.

As dores constantes no início do processo diminuíram e aumentaram dores raras. Notamos que houve um aumento de dores em “horários específicos” e “acabou”, o que sugere uma migração na freqüência de dados nessa direção.

Também entre os clientes do NAPER e nas Escolas, a diferença entre as médias aparece na direção de uma diminuição da intensidade das dores em relação à sua periodicidade . As médias das intensidades da dor A, B e C no NAPER foram respectivamente de 3,99; 3,5; e 3,00 pontos numa escala de 1 a 10. No Total das escolas, esta tendência também acontece, (3,7; 3,19 e 2,07 respectivamente), não sendo esta tendência diferente nas escolas BR e EUA .

3.3.3. INTENSIDADE DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING X HÁ QUANTO TEMPO TEM A DOR

BR

Tabela 165 BR - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C.

Média	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1 a 12	6,11	1,67	6	0	4	1
13 a 36	6	3,75	5	0	5	2
37 a 60	6	1,25	7	8	0	0
61 e +	7,11	2,11	9	0	7,5	3,25
Desvio-Padrão						
1 a 12	2,472	2,121	0	0	0	0
13 a 36	0,816	2,217	0	0	0	0
37 a 60	2,944	2,5	0	0	0	0
61 e +	2,088	2,147	0	0	2,517	3,202
N						
1 a 12	9	9	1	1	1	1
13 a 36	4	4	1	1	1	1
37 a 60	4	4	1	1	0	0
61 e +	9	9	1	1	4	4

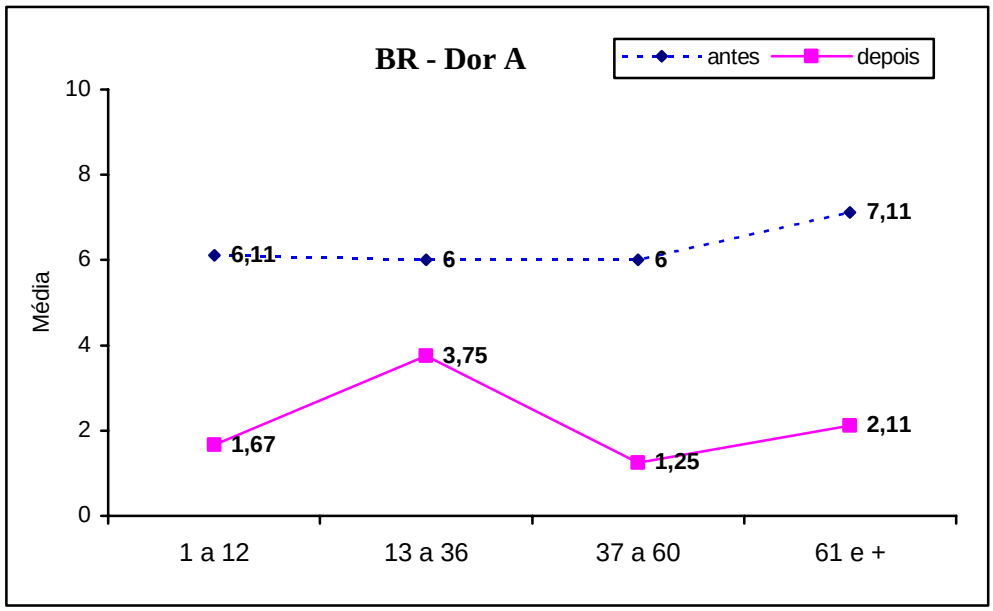

Figura 21 – BR - Média da intensidade das dores A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

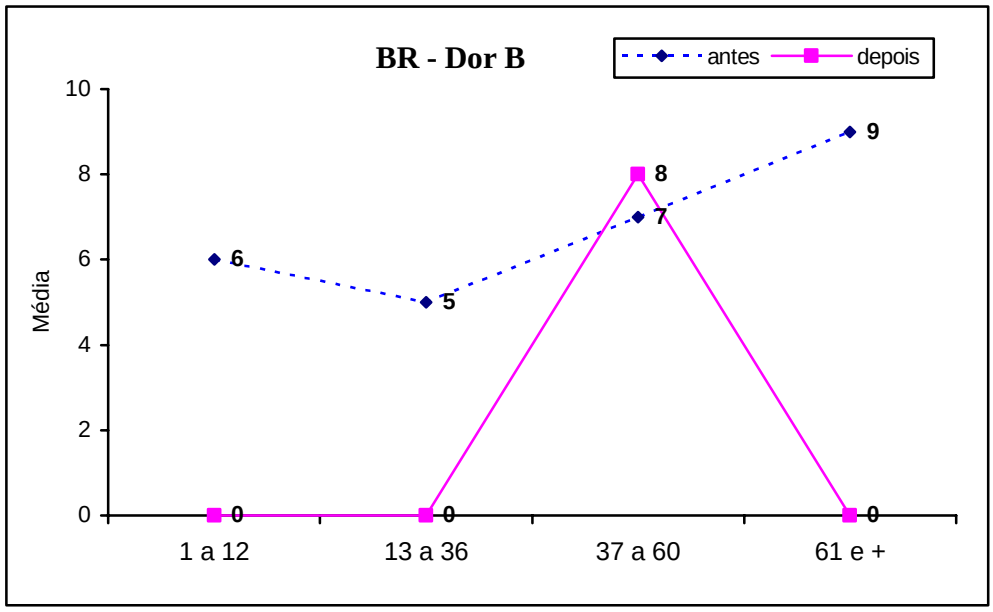

Figura 22 – BR - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor .

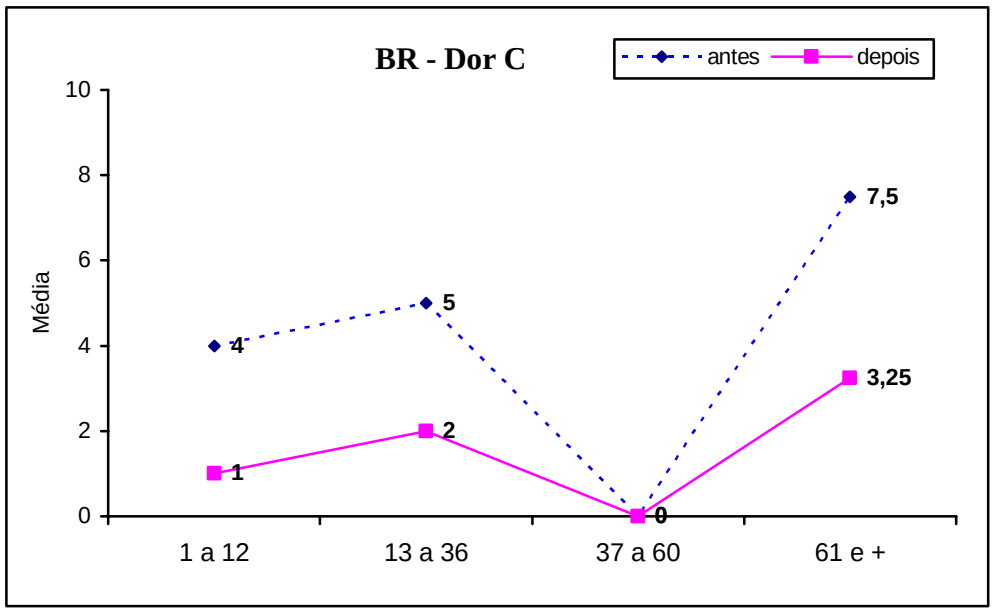

Figura 23 – BR - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

EUA

Tabela 166 EUA - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C.

Média	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1 a 12	5,44	1,75	0	0	8,33	3,33
13 a 36	0	0	6	2	6,33	0,33
37 a 60	6,67	1,67	8	4	5	2
61 e +	5,63	1,5	3	0	3,43	1,57
Desvio-Padrão						
1 a 12	2,097	1,612	0	0	1,528	3,215
13 a 36	0	0	4,243	2,828	2,082	0,577
37 a 60	1,966	1,033	0	0	3,606	1
61 e +	2,363	1,265	0	0	1,272	1,397
N						
1 a 12	16	16	0	0	3	3
13 a 36	8	8	2	2	3	3
37 a 60	6	6	1	1	3	3
61 e +	16	16	1	1	7	7

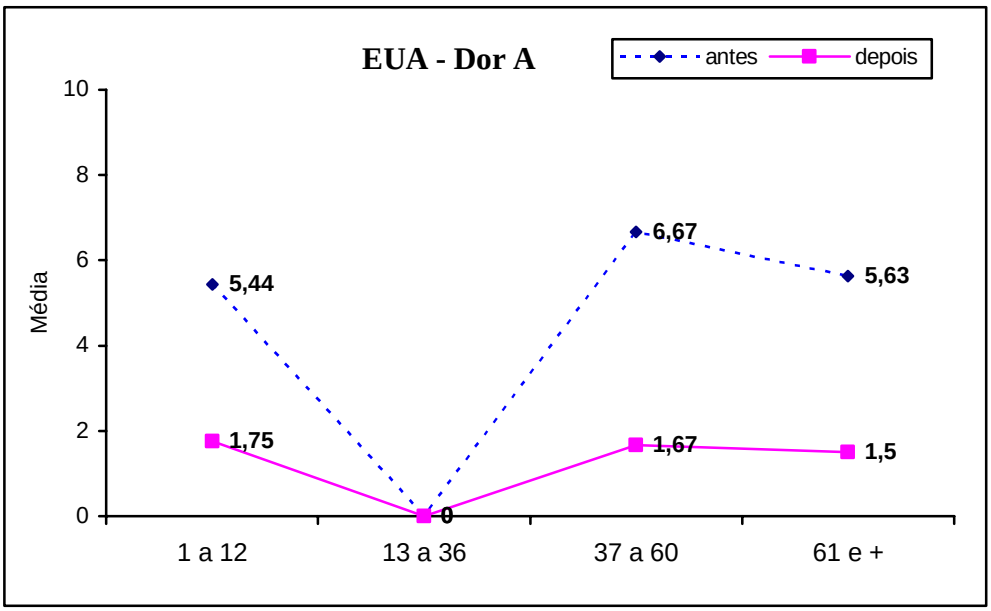

Figura 24 – EUA - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

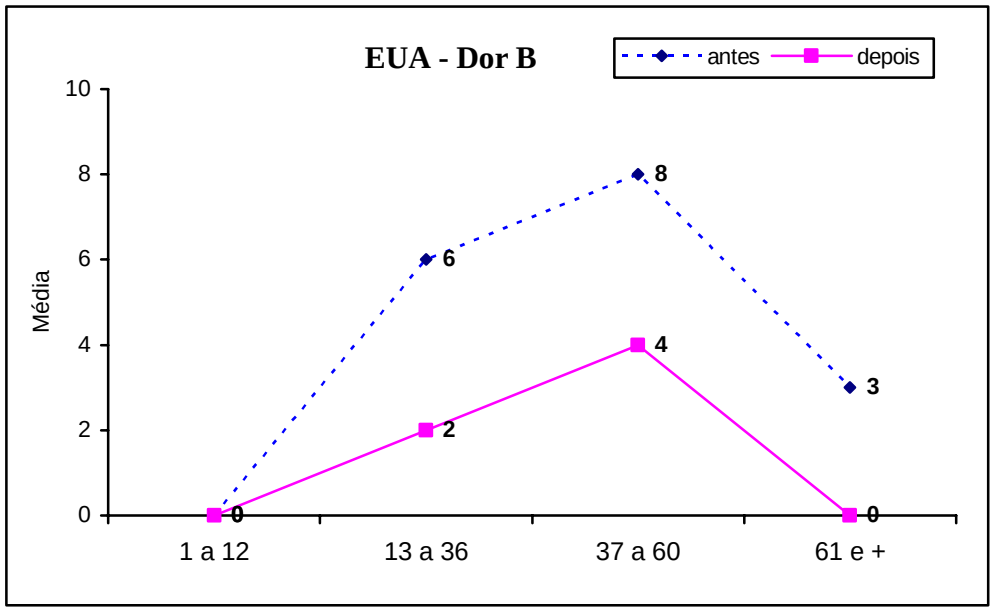

Figura 25 – EUA - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor .

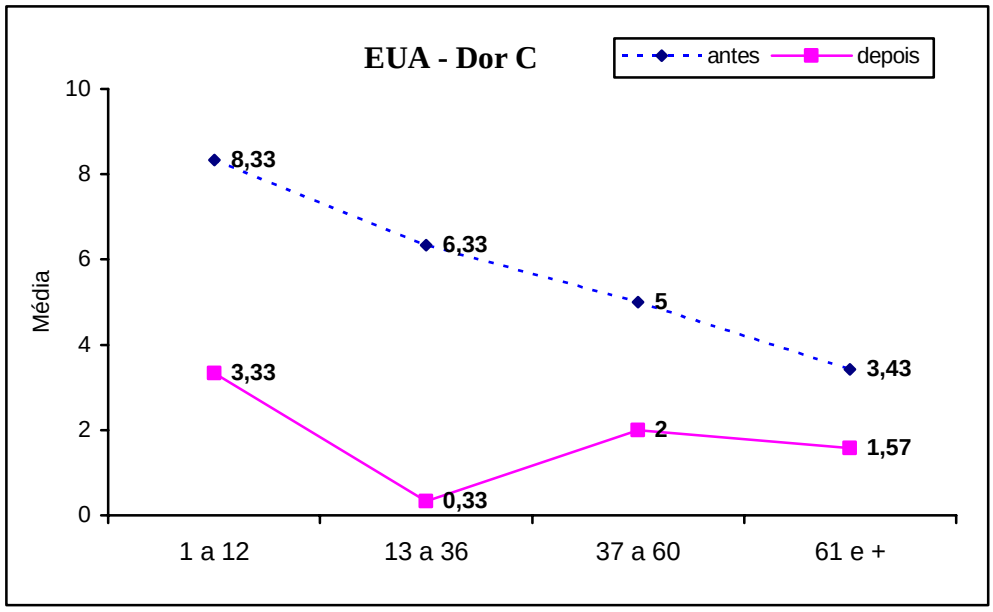

Figura 26 – EUA - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

Total das Escolas

Tabela 167 Total das Escolas - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C.

Média	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1 a 12	5,68	1,72	0	0	7,25	2,75
13 a 36	5,92	2	5,67	1,33	6	0,75
37 a 60	6,4	1,5	8	4	5	2
61 e +	6,16	1,72	3	0	4,91	2,18
Desvio-Padrão						
1 a 12	2,212	1,768	0	0	2,5	2,872
13 a 36	1,832	1,859	3,055	2,309	1,826	0,957
37 a 60	2,271	1,65	0	0	3,606	1
61 e +	2,34	1,621	0	0	2,663	2,228
N						
1 a 12	25	25	0	0	4	4
13 a 36	12	12	3	3	4	4
37 a 60	10	10	1	1	3	3
61 e +	25	25	1	1	11	11

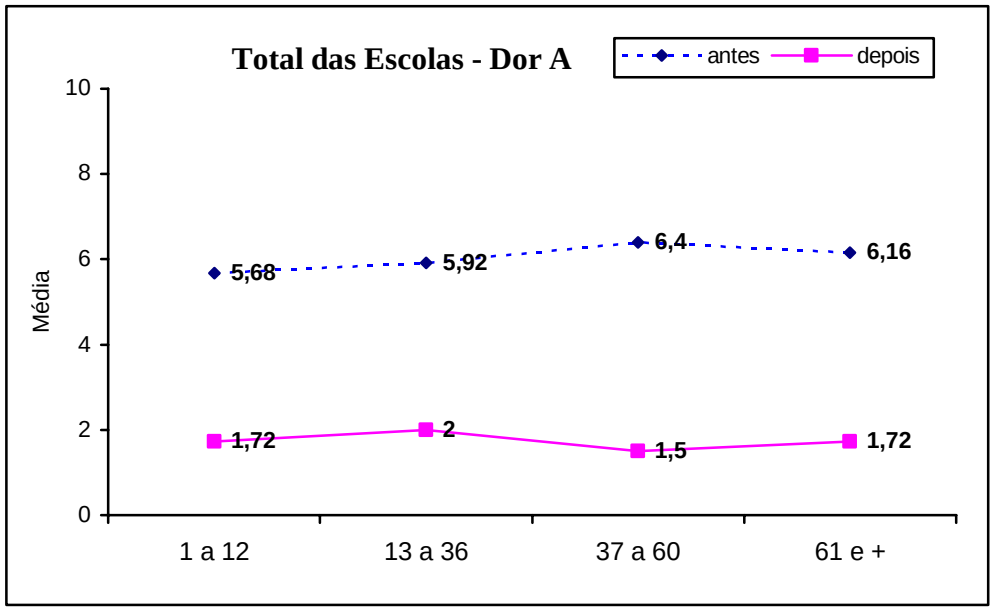

Figura 27 – Total das Escolas - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor .

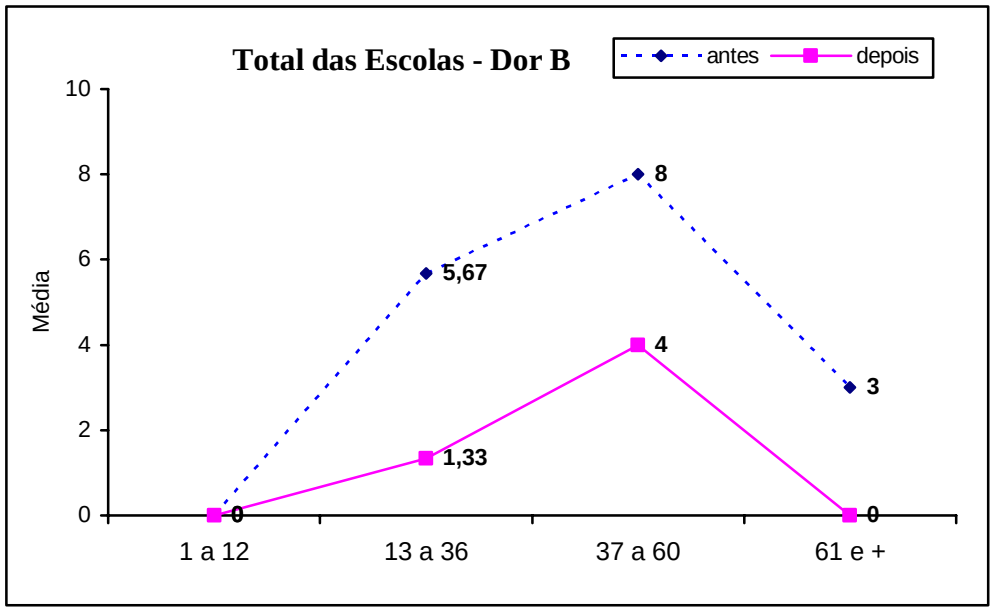

Figura 28 – Total das Escolas - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor .

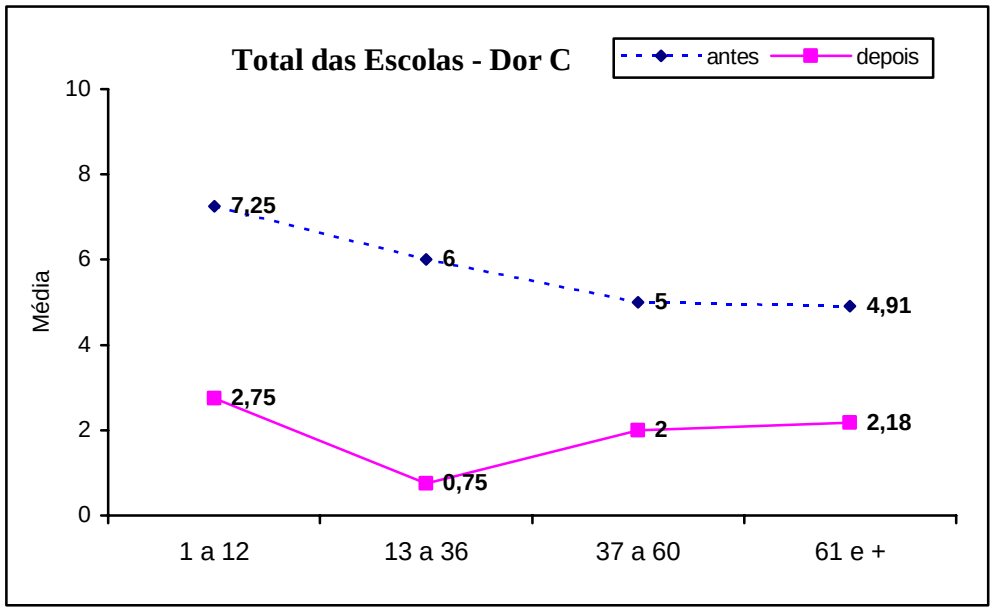

Figura 29 – Total das Escolas - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor .

NAPER

Tabela 168 NAPER - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C.

Média	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1 a 12	6	1,55	5	1	3	2
13 a 36	6,15	2,31	8	6	0	0
37 a 60	6	2,25	5	2	5,5	4
61 e +	5,93	2,67	0	0	4,75	3,5
Desvio-Padrão						
1 a 12	2,248	1,317	0	0	0	0
13 a 36	1,519	1,702	0	0	0	0
37 a 60	2,944	1,5	0	0	0,707	1,414
61 e +	1,624	2,69	0	0	2,217	3,873
N						
1 a 12	20	20	1	1	1	1
13 a 36	13	13	1	1	0	0
37 a 60	4	4	1	1	2	2
61 e +	15	15	0	0	4	4

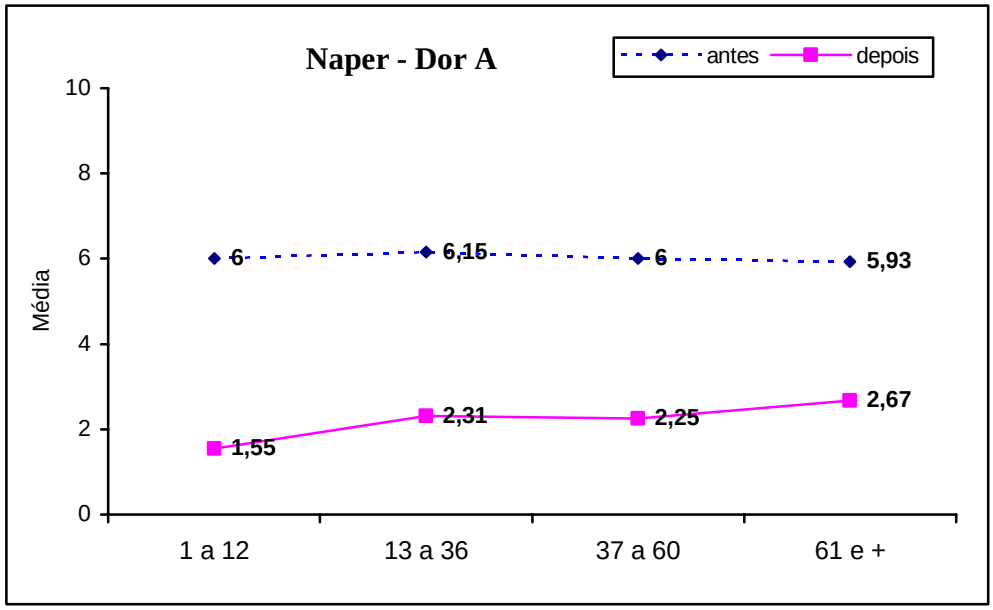

Figura 30 – NAPER - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor .

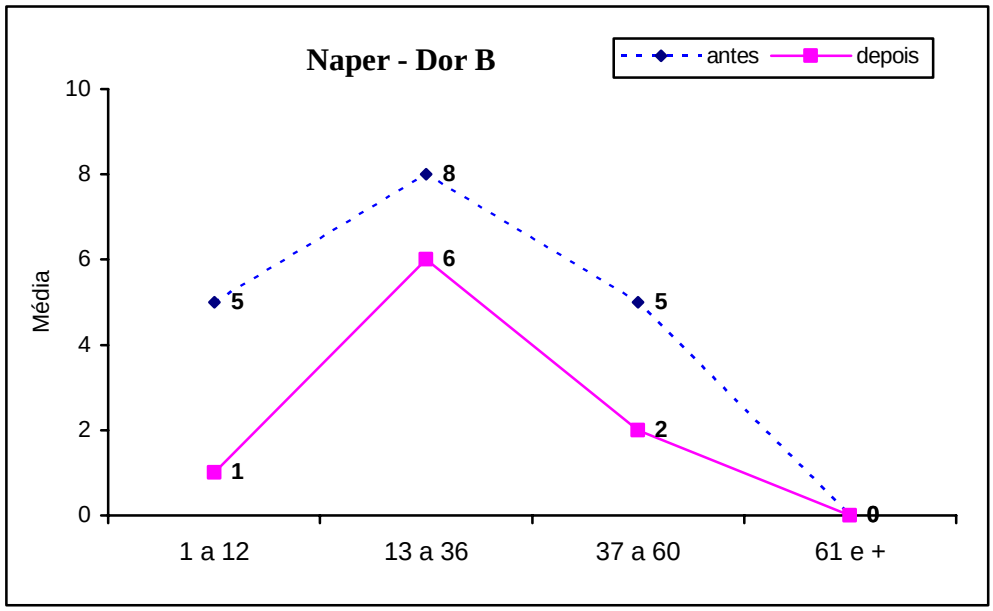

Figura 31 – NAPER - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor

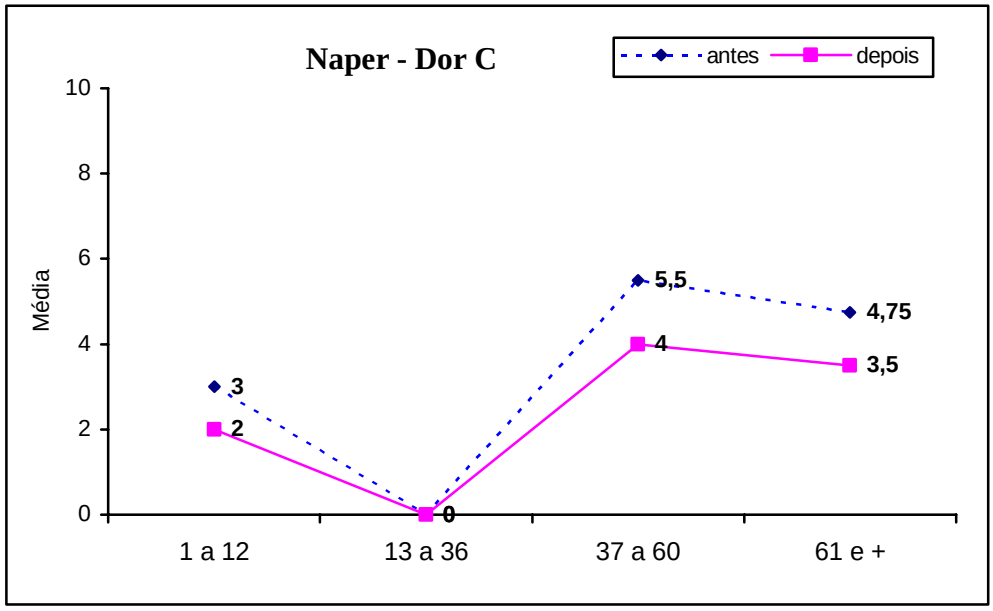

Figura 32 – NAPER - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

TOTAL GERAL

Tabela 169 Total Geral - Media da Intensidade, Desvio-Padrão e Freqüência x há quanto tempo tem dores A, B, C.

Média	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1 a 12	5,82	1,64	5	1	6,4	2,6
13 a 36	6,04	2,16	6	2,33	6	0,75
37 a 60	6,29	1,71	6	2,33	5,2	2,8
61 e +	5	1	3	0	4,87	2,53
Desvio-Padrão						
1 a 12	2,208	1,569	0	0	2,881	2,51
13 a 36	1,645	1,748	0	0	1,826	0,957
37 a 60	2,367	1,59	1,732	1,528	2,588	1,483
61 e +	2,08	2,105	0	0	2,475	2,669
N						
1 a 12	45	45	1	1	5	5
13 a 36	25	25	1	1	4	4
37 a 60	14	14	3	3	5	5
61 e +	1	1	1	1	15	15

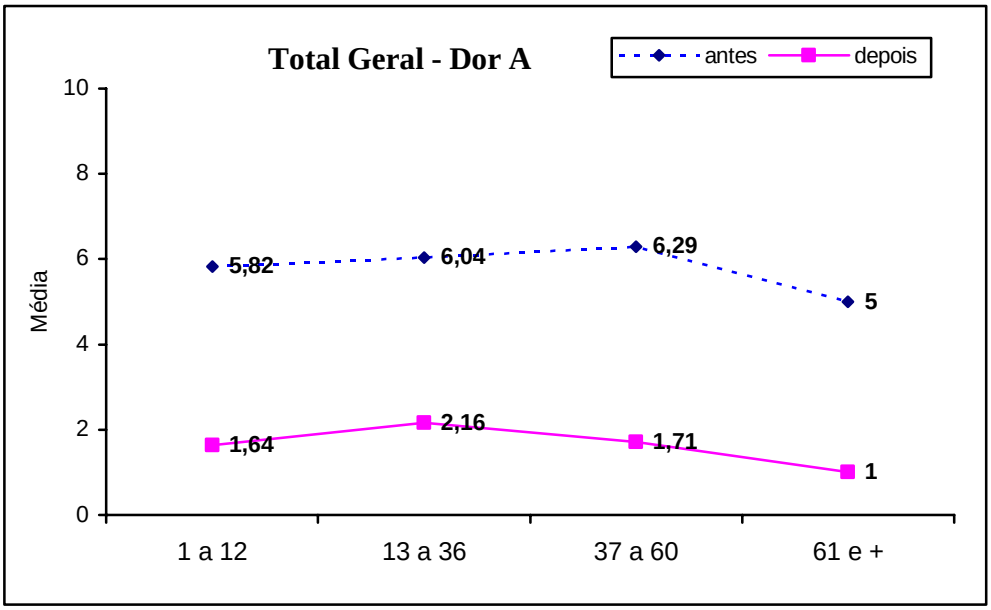

Figura 33 – Total Geral - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

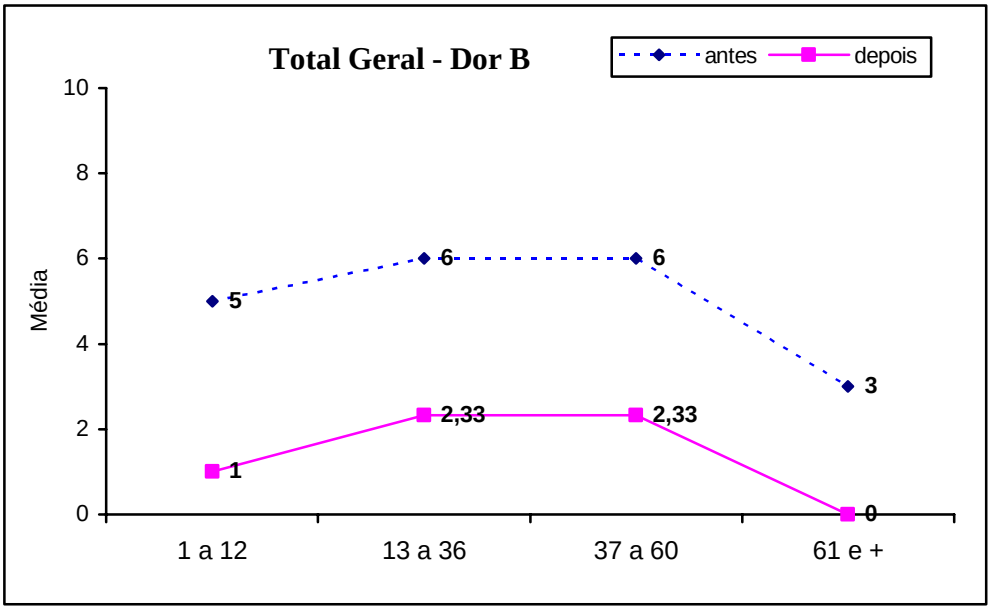

Figura 34 – Total Geral - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dorl.

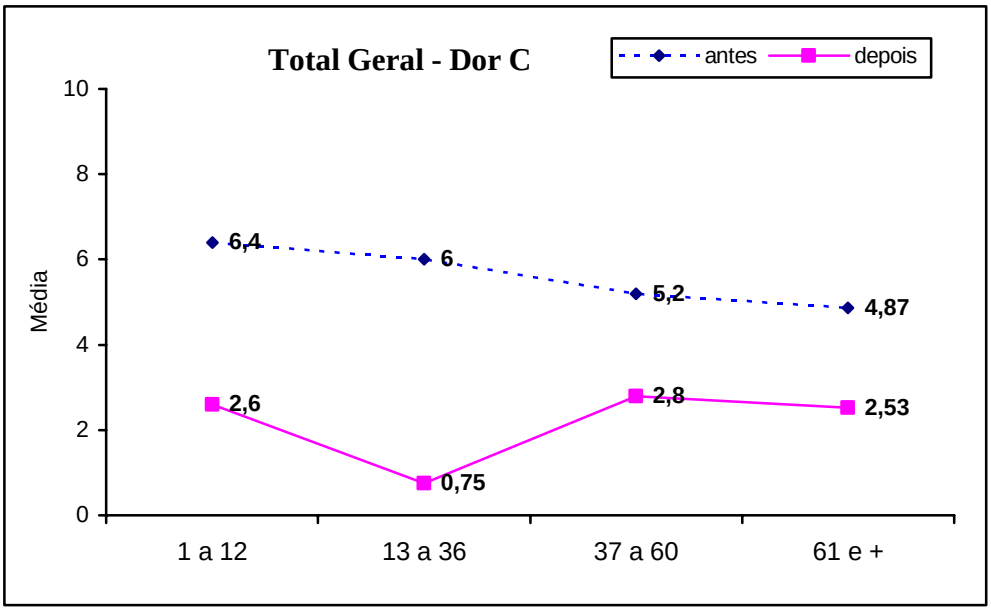

Figura 35 – Total Geral - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Há quanto tempo tem a dor.

Analisou-se a mudança na intensidade da dor, antes e depois do processo de Rolfing, em relação a quanto tempo o cliente apresentava esta dor, comparando-se suas médias.

A tendência a uma diminuição na Intensidade de Dor foi geral em todas as categorias de todos os subgrupos das amostras (NAPER, Escola EUA e Escola BR), tanto na dor A, B ou C (exceção de dor B- Escola BR cat. de 37 a 60 meses).

Na aplicação dos testes estatísticos nos resultados, isoladamente (NAPER, Escola BR, Escola EUA) e, em conjunto (Total das Escolas e Total das Amostras) por temos 4 categorias referentes ao tempo em que as pessoas apresentavam dor, três tipos diferentes de dor possíveis (A, B e C), e três amostras diferentes. Os dados, às vezes, estavam bastante pulverizados e, algumas vezes, o teste não foi possível de ser realizado.

No Total das Amostras (N=120 na dor A colocar Ns), mostrou-se que quando estas diferenças puderam ser testadas estatisticamente, a diferença sempre mostrou ser significativa em todas as categorias (p=0,000). Foi significativo em todas as categorias na dor A; não pôde ser testado na dor B (salvo de 37 a 60 meses, quando p=0,000) e, foi significativo na dor C em todas as categorias, p=0,000, nao o sendo na categoria de 61 meses ou mais.

No NAPER, na dor A e B e C, na categoria 37 a 60 meses, não foi significativa sendo que na categoria de 61 meses ou mais também não foi significativa a diferença.

Na escola BR na dor A, nas categorias 13 a 36 e 37 a 60 meses não foi significativa a diferença entre a diferença na média da intensidade da dor antes e depois do processo de Rolfing. Na dor B, a diferença não pôde ser testada e, na dor C, quando o foi, não foi significativa (mais de 60 meses).

Na Escola EUA, foi significativa na dor A, com exceção da categoria 60 meses ou mais, visto que não pode ser aplicado. Na dor B, também não pôde ser aplicado com exceção da categoria de 60 meses ou mais, em que a diferença não foi significativa.

Na dor C, a diferença só não foi significativa na categoria de 37 a 60 meses.

3.3.4. INTENSIDADE X LOCALIZAÇÃO DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING

Média - Dor A

Tabela 170 Media da Intensidade x localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor A	BR		EUA		Todas as Escolas		NAPER		Total Geral	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	8,5	3,5	5,5	2,67	5,74	0,57	6,1	2,82	5,86	1,94
Lombar/Ciática	5,82	1,22	5,31	1,2	5,71	2,1	5,52	1,21	5,63	1,62
Torácica	0	0	0	0	6	5	0	0	6,00	5,00
Cervical	6,17	2,75	0	0	4,18	3	6,17	2,75	4,88	2,89
Ombro/Pescoço	6,5	2	5,46	1,76	6,77	2	5,61	1,8	5,98	1,86
Cintura Escapular	4	0	8	0,5	6,33	2	6	0,5	6,27	1,50
Braço/Cotovelo	7	5	0	0	4,2	1	7	5	5,00	2,00
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	4	1,5	10	0	4	1,5	5,50	1,50
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	5	0	0	0	5,00	0,00
Bacia/Quadril	5	1	4,5	2	4,5	2,2	4,6	1,67	4,54	2,00
Joelho	5,33	1,67	5,25	1,33	6	1	5,29	1,5	5,62	1,38
Pé/Tornozelo/Calcanhar	7,25	5	5,2	0,5	5,17	3	6,11	2	5,73	2,40
Coxa/Pernas	6,25	1,4	6	2	5,67	2	6,17	1,5	6,00	1,57
Dor de Cabeça	10	4	5	0	5	0	7,5	2	6,67	2,00
A.T.M	0	0	3	0	0	0	3	0	3,00	0,00
Dores diversas na cabeça	0	0	4	2	0	0	4	2	4,00	2,00
Espaço Visceral	0	0	8	0	7	0	8	0	7,50	0,00
Diversas/Generalizadas	6	2	6	0	7,33	1,5	6	2	6,80	1,67
Total	6,33	2,06	5,3	1,59	5,66	1,95	5,66	1,76	5,66	1,84

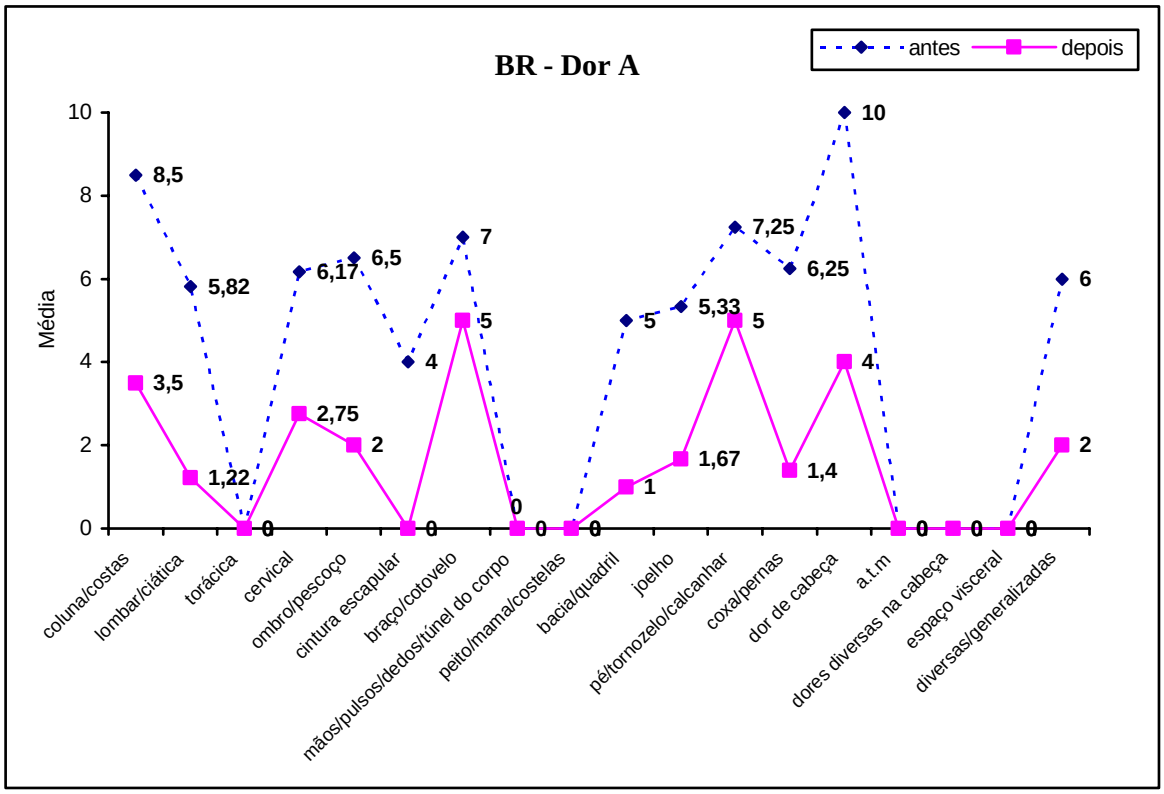

Figura 36 – BR - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

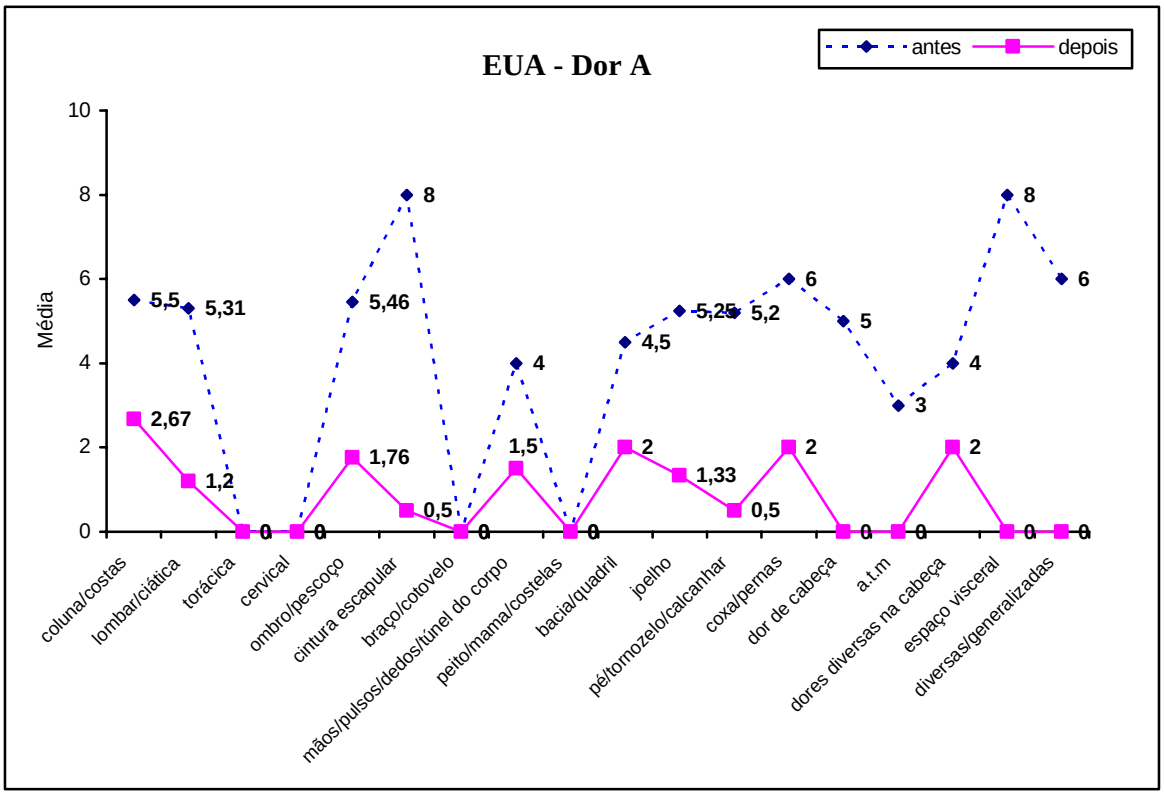

Figura 37 – EUA - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

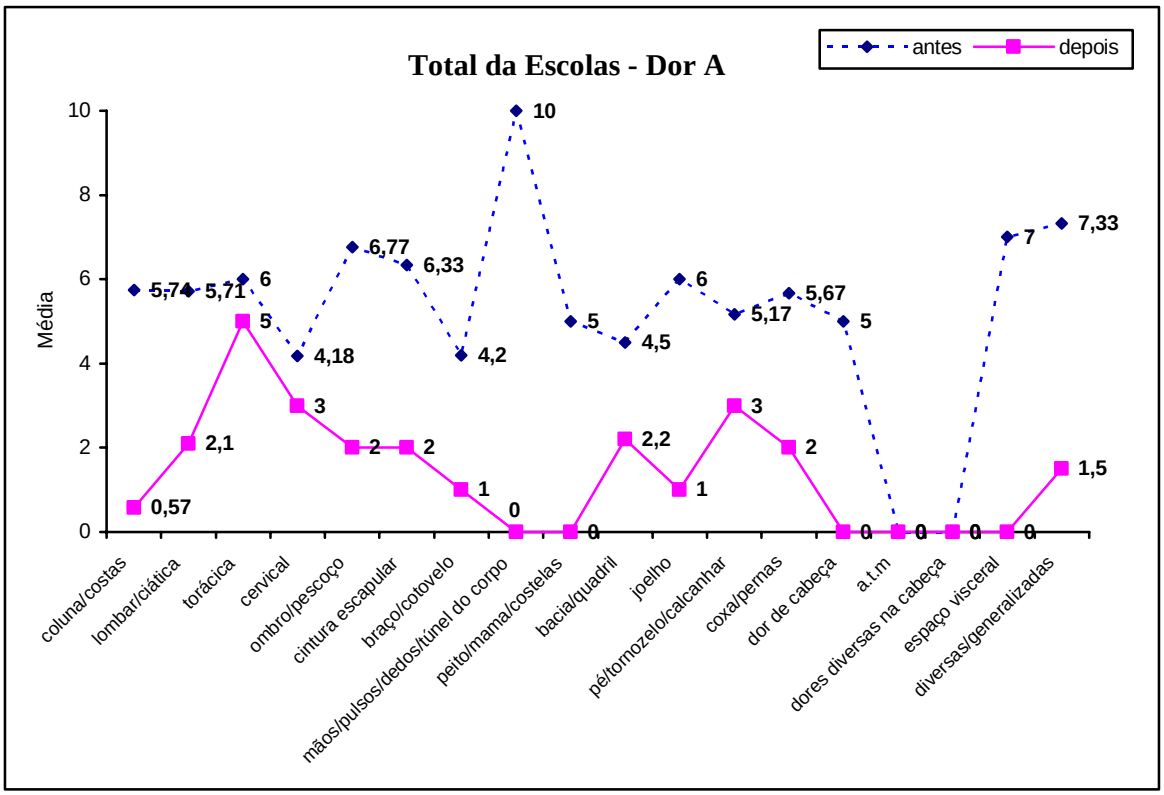

Figura 38 – Total das Escolas -.Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

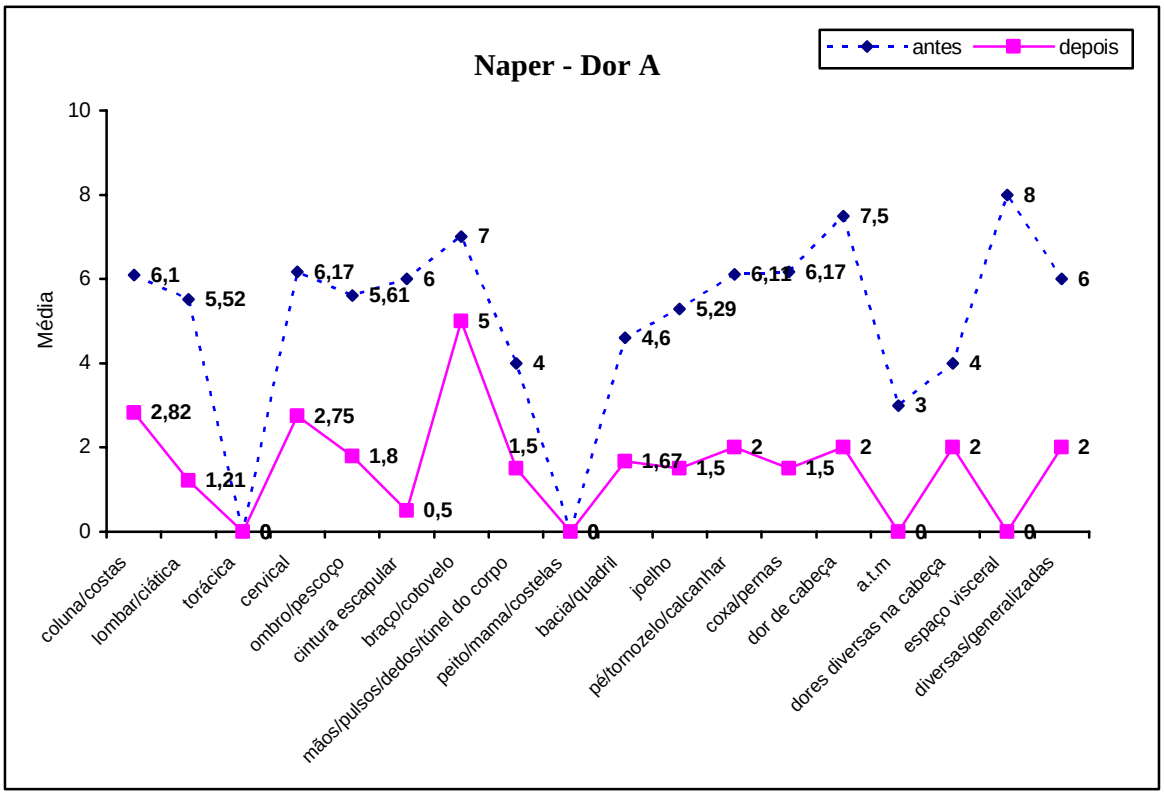

Figura 39 – NAPER - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

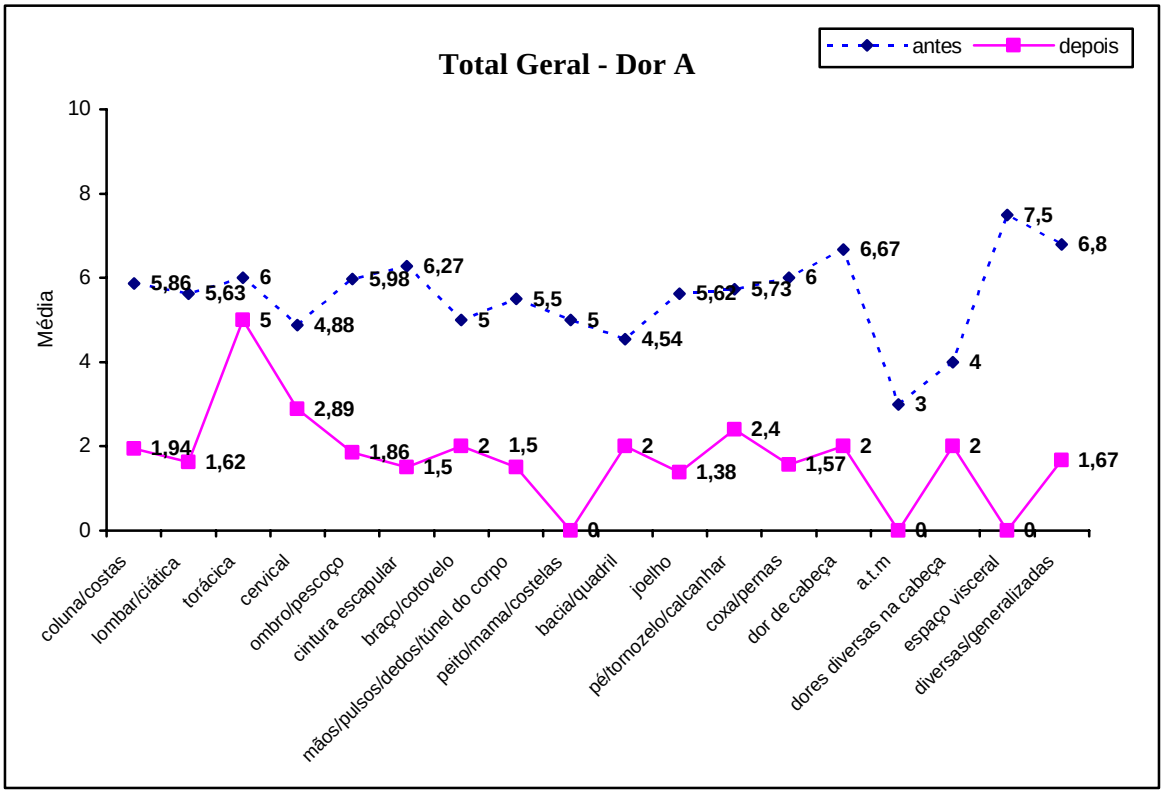

Figura 40 – Total Geral. - Média da intensidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing X Localizaçã.

Dor B

Tabela 171 Media da Intensidade x localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor B	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	6,25	5	3,5	1	4,6	1	5,33	3	5	2,6
Lombar/Ciática	6,2	3,8	4,6	0,75	5,55	2,83	5,4	2,44	5,48	2,6
Toràcica	0	0	1	3	4,33	0	1	3	3,5	3
Cervical	5	0	0	0	5,25	1,25	5	0	5,22	1,25
Ombro/Pescoço	4,5	2	4,54	1,33	6,5	0	4,53	1,4	4,76	1,4
Cintura Escapular	8	0	5	0	5,67	1,33	7	0	6	1
Braço/Cotovelo	9	0	1	1	6,4	2,67	5	0,67	6	1,67
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	3,67	0	0	0	3,67	0	3,67	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	6,5	3	3	0	6,5	3	5,33	3
Joelho	4	0	5,36	2,43	5,83	2,5	5,15	1,55	5,37	1,69
Pé/Tornozelo/Calcanhar	5	0	5,33	2,25	5,75	6	5,2	1,8	5,44	2,5
Coxa/Pernas	8	0	0	0	4,33	0	8	0	5,25	0
Dor de Cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M	0	0	5,33	2	0	0	5,33	2	5,33	2
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Espaço Visceral	5	1	8	0	0	0	6,5	1	6,5	1
Diversas/Generalizadas	0	0	7	0	7	0	7	0	7	0
Total	6	2	4,85	1,7	5,45	2,3	5,2	1,8	5,31	1,94

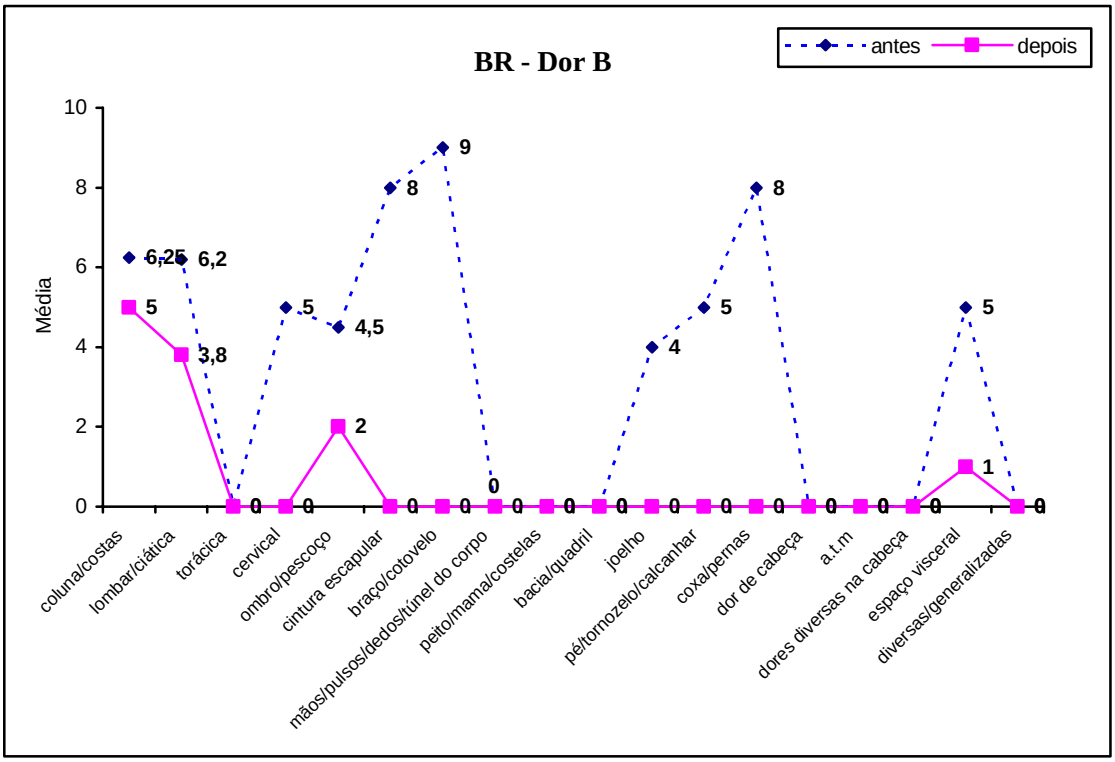

Figura 41 –BR - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

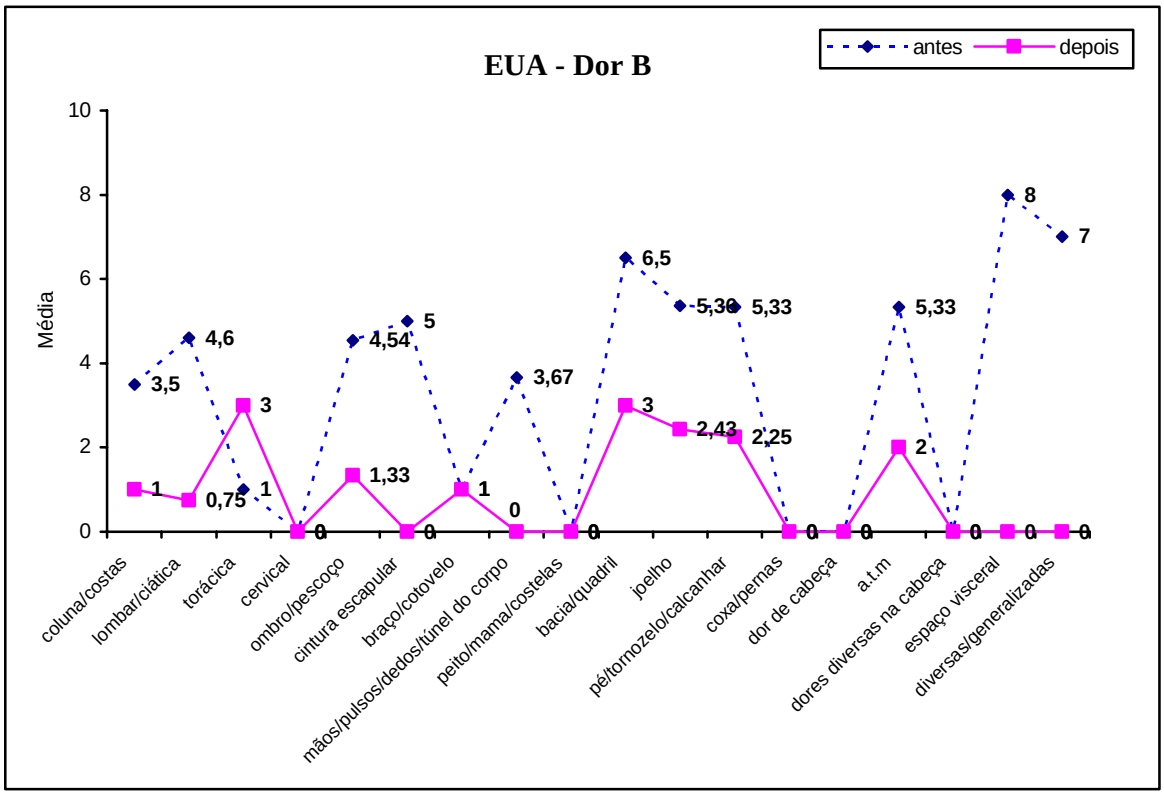

Figura 42 – EUA - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

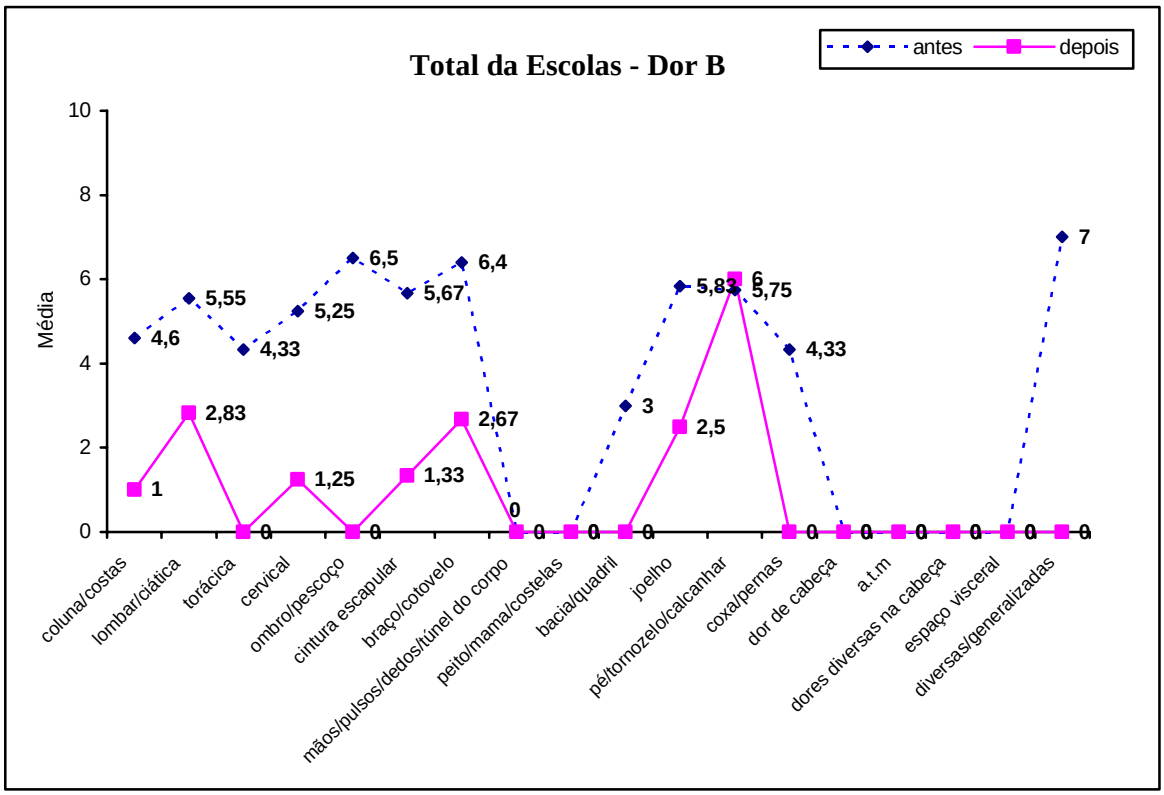

Figura 43 – Total das Escolas -.Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização

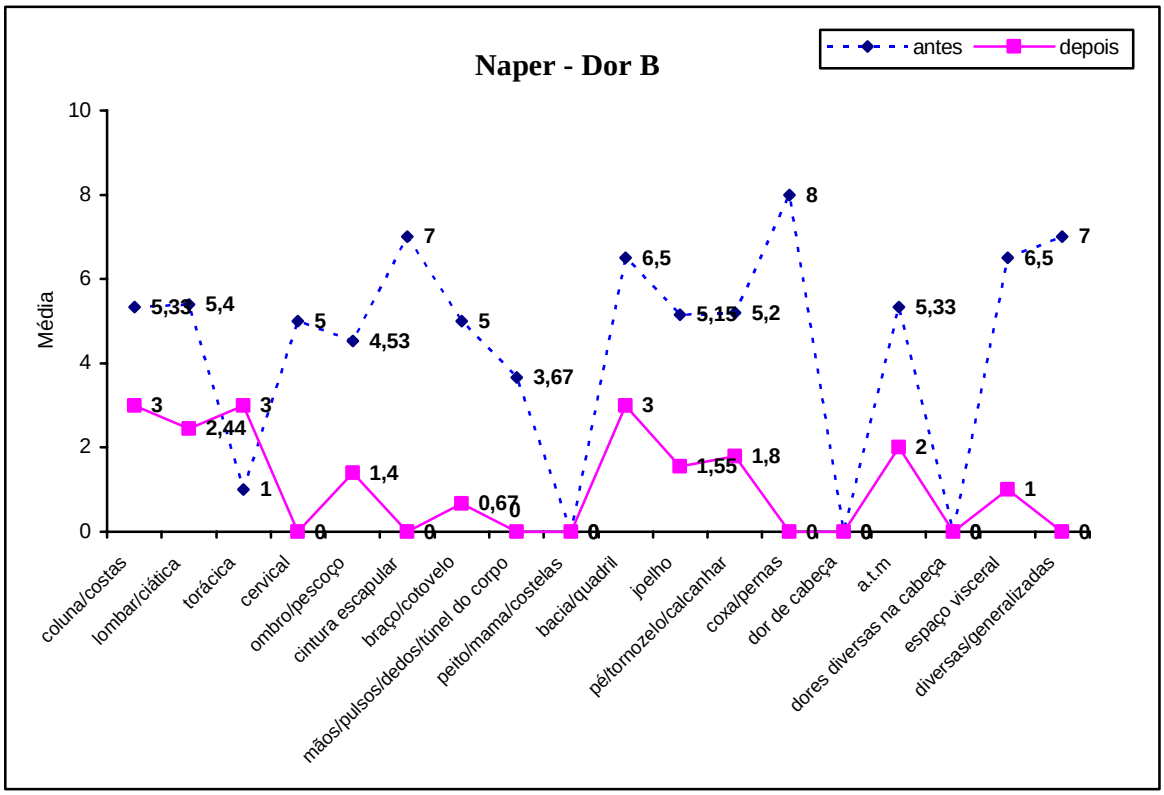

Figura 44 – NAPER - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

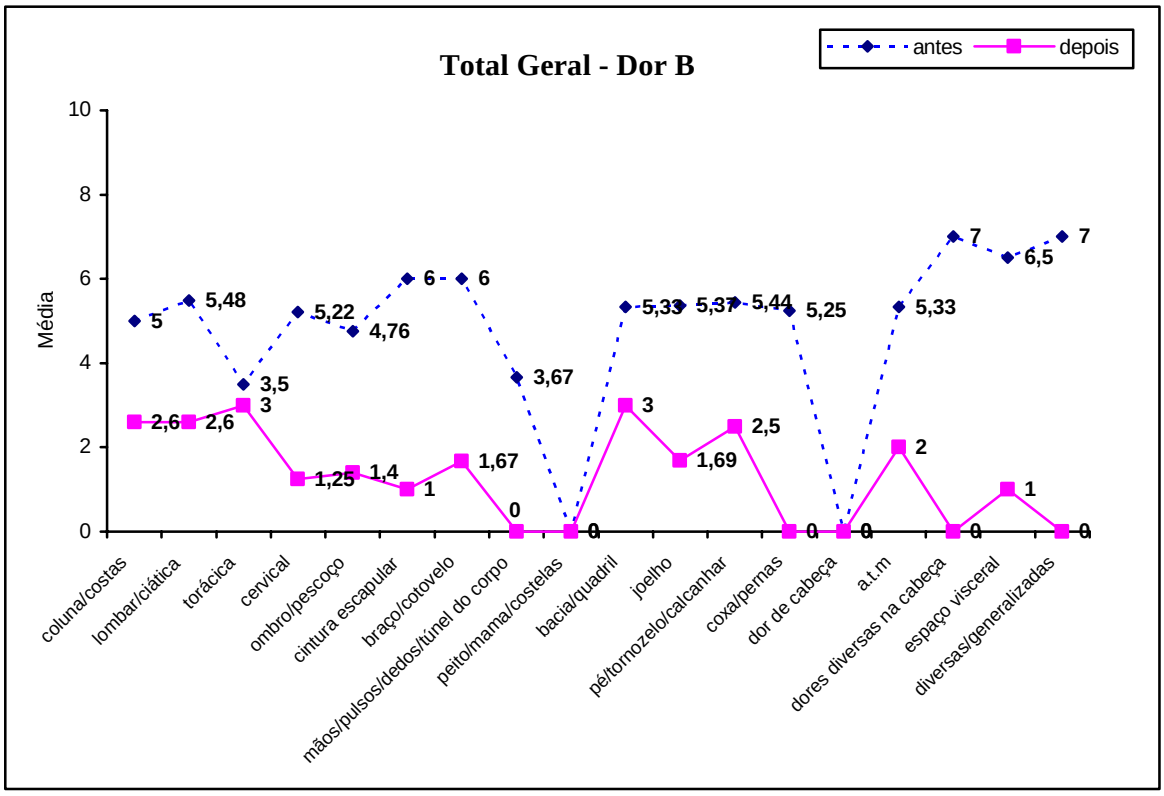

Figura 45 – Total Geral. - Média da intensidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

Dor C

Tabela 172 Media da Intensidade x localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor C	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	0	0	7	1,33	0	0	7	1,33	7	1,33
Lombar/Ciática	0	0	4,75	0,67	6	0	4,75	0,67	5,17	0,67
Torácica	7	0	7	5	5	0	7	5	6	2,5
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	7,5	1,5	4,8	1,5	2	2	5,57	1,5	5,13	1,57
Cintura Escapular	0	0	0	0	6	0	0	0	6	0
Braço/Cotovelo	5	2	4	2	4,5	3	4,5	2	4,5	2,33
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	5	0	2,5	0	4,5	2	3,33	0	3,8	2
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	3,75	2	4	0	3	0	3,8	1,5	3,67	1,5
Pé/Tornozelo/Calcanhar	9	0	4	3	5,25	9	4,71	3	4,91	4,5
Coxa/Pernas	8	6	2,5	2	0	0	5,25	4	5,25	4
Dor de Cabeça	0	0	0	0	5,5	4	0	0	5,5	4
A.T.M	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Dores diversas na cabeça	0	0	5	4	0	0	5	4	5	4
Espaço Visceral	0	0	0	0	10	0	0	0	10	0
Diversas/Generalizadas	7	0	0	0	10	0	7	0	8,5	0
Total	6,08	2,88	4,54	1,89	5,25	3,43	5,05	2,19	5,12	2,44

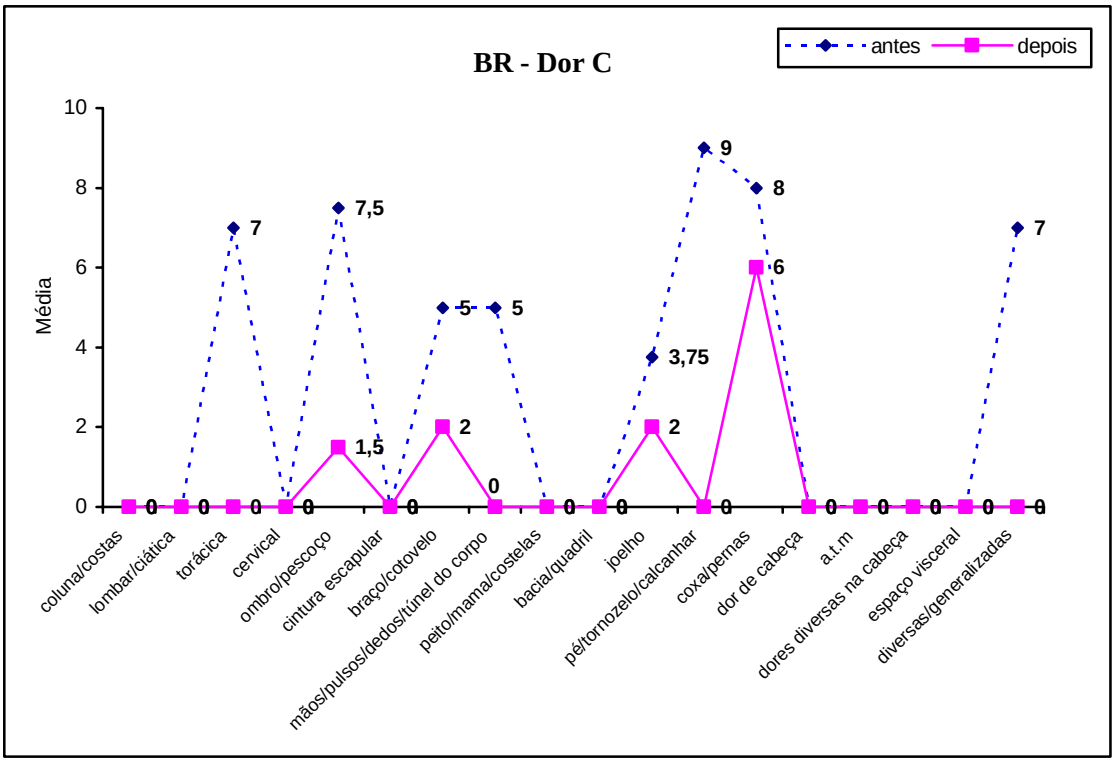

Figura 46 – BR - Média da intensidade da dor C antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

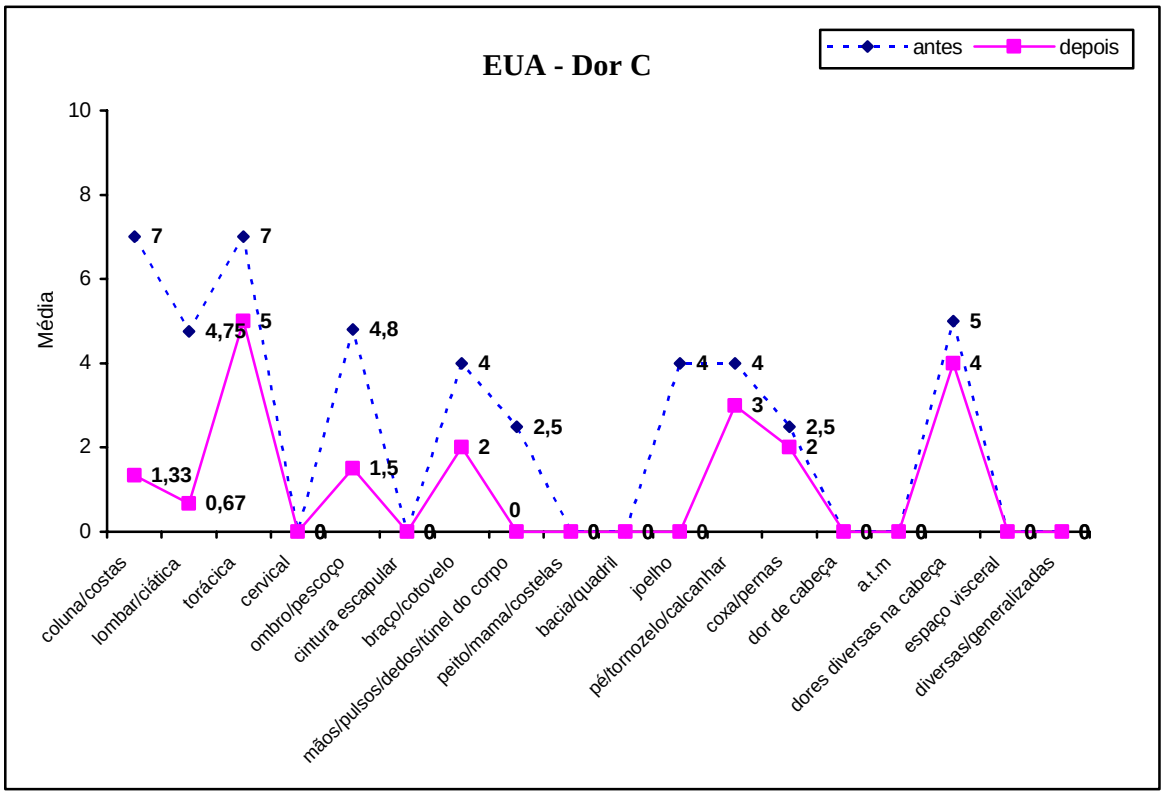

Figura 47 – EUA - Média da intensidade da dor C antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

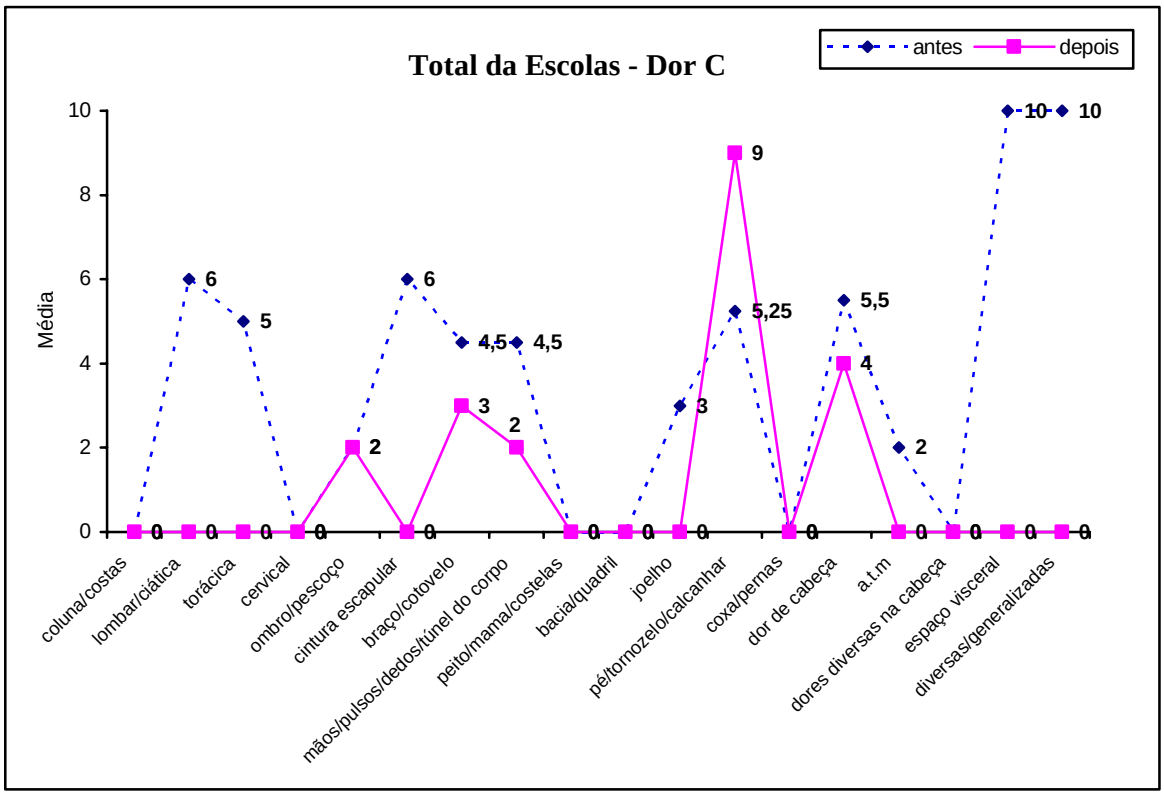

Figura 48 – Total das Escolas -Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

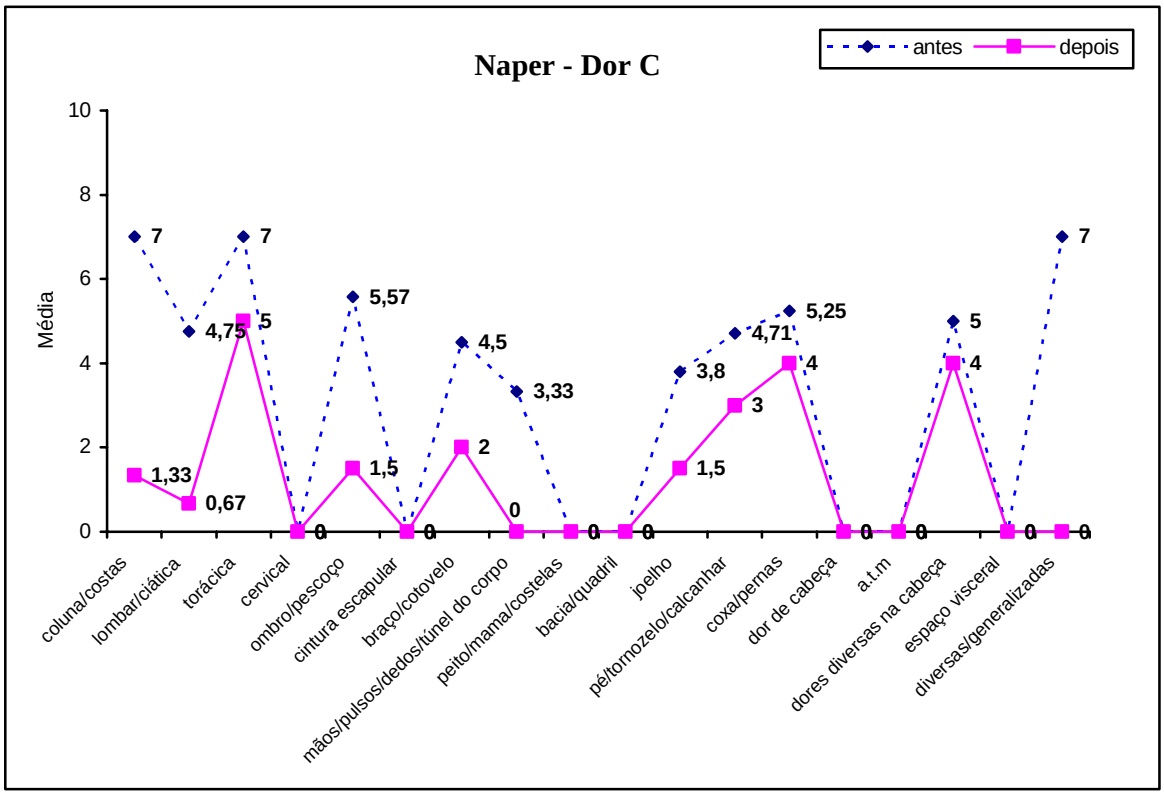

Figura 49 – NAPER - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

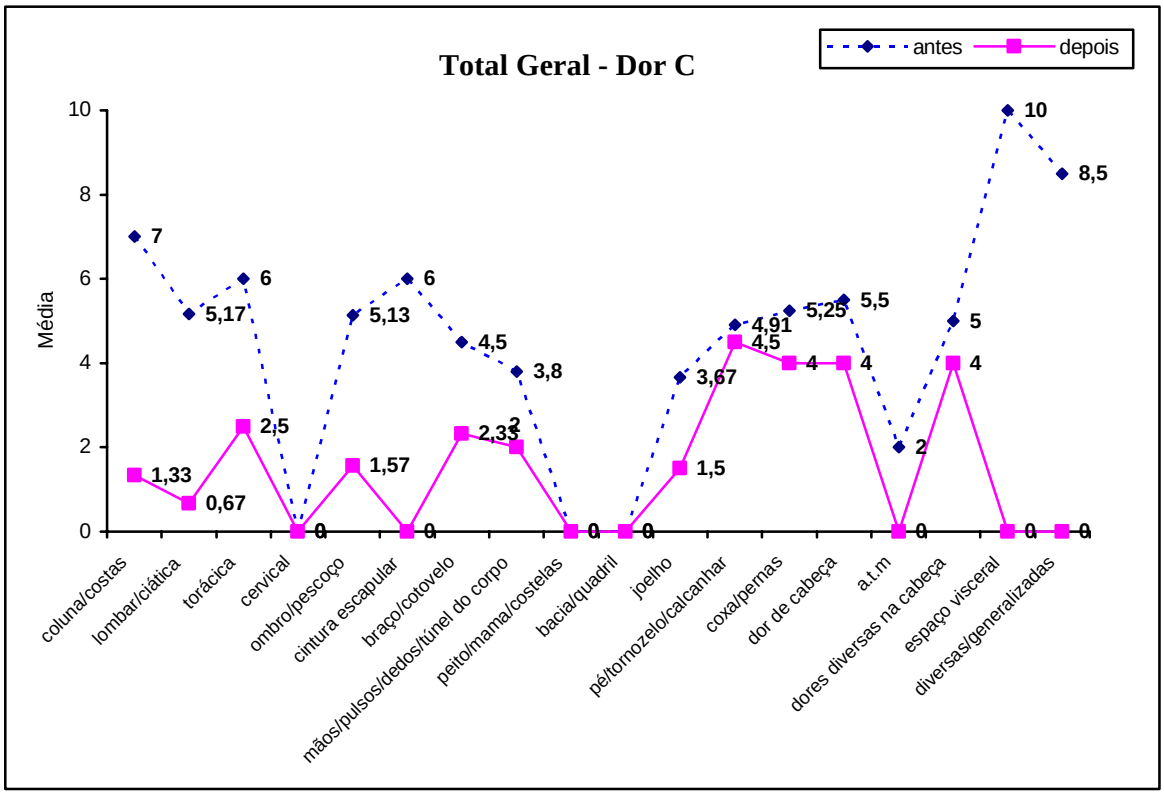

Figura 50 – Total Geral - Média da intensidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing X Localização.

N

Tabela 173 Freqüência da localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor A	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	2	2	8	9	10	11	19	7	29	18
Lombar/Ciática	11	9	16	15	27	24	38	21	65	45
Torácica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Cervical	6	4	0	0	6	4	11	5	17	9
Ombro/Pescoço	4	3	24	17	28	20	13	8	41	28
Cintura Escapular	1	0	1	2	2	2	9	4	11	6
Braço/Cotovelo	2	1	0	0	2	1	5	3	7	4
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	3	2	3	2	1	0	4	2
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Bacia/Quadril	1	1	4	2	5	3	8	5	13	8
Joelho	3	3	4	3	7	6	6	2	13	8
Pé/Tornozelo/Calcanhar	4	1	5	2	9	3	6	2	15	5
Coxa/Pernas	4	5	2	1	6	6	3	1	9	7
Dor de Cabeça	1	1	1	1	2	2	1	0	3	2
A.T.M.	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
Dores diversas na cabeça	0	0	2	1	2	1	0	0	2	1
Espaço Visceral	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0
Diversas/Generalizadas	1	1	1	0	2	1	3	2	5	3
Total	40	31	73	56	113	87	126	61	239	148

Tabela 174 Freqüência da localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor B	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	4	2	2	2	6	4	5	1	11	5
Lombar/Ciática	5	5	5	4	10	9	11	6	21	15
Torácica	0	0	1	1	1	1	3	0	4	1
Cervical	1	0	0	0	1	0	8	4	9	4
Ombro/Pescoço	2	1	13	9	15	10	2	0	17	10
Cintura Escapular	2	1	1	0	3	1	9	3	12	4
Braço/Cotovelo	1	1	1	2	2	3	5	3	7	6
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	3	1	3	1	0	0	3	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	2	2	2	2	1	0	3	2
Joelho	2	4	11	7	13	11	6	2	19	13
Pé/Tornozelo/Calcanhar	2	1	3	4	5	5	4	1	9	6
Coxa/Pernas	1	0	0	0	1	0	3	0	4	0
Dor de Cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	0	0	3	1	3	1	0	0	3	1
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Espaço Visceral	1	1	1	0	2	1	0	0	2	1
Diversas/Generalizadas	0	0	2	0	2	0	1	0	2	0
Total	21	16	48	33	69	49	58	20	127	69

Tabela 175 Freqüência da localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor C	**BR**		**EUA**		**Total das Escolas**		**NAPER**		**Total Geral**	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	0	0	3	3	3	3	0	0	3	3
Lombar/Ciática	0	0	4	3	4	3	2	0	6	3
Torácica	1	0	1	1	2	1	2	1	4	2
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	2	2	5	4	7	6	1	1	8	7
Cintura Escapular	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Braço/Cotovelo	1	1	1	1	2	2	2	1	4	3
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	1	0	2	0	3	0	2	1	5	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	4	3	1	1	5	4	1	0	6	4
Pé/Tornozelo/Calcanhar	1	0	6	3	7	3	4	1	11	4
Coxa/Pernas	2	2	2	2	4	4	0	0	4	4
Dor de Cabeça	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Dores diversas na cabeça	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Diversas/Generalizadas	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0
Total	13	8	26	19	39	27	20	7	59	34

DP

Tabela 176 Desvio-Padrão da media das intensidades das diferentes localizações da dor A, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor A	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas Media	0,71	0,71	2,73	1,32	2,73	1,25	2,73	1,25	2,34	1,55
Lombar/Ciática	2,56	1,30	2,06	1,42	2,24	1,35	2,24	1,35	2,49	1,72
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cervical	2,14	2,5	0	0	2,14	2,5	2,14	2,5	1,87	1,69
Ombro/Pescoço	1,73	2,65	2,67	1,09	2,56	1,32	2,56	1,32	2,40	1,32
Cintura Escapular	0	0	0	0,78	2,83	0,71	2,83	0,71	1,74	1,04
Braço/Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0	0	1,83	2,16
Mãos/Pulsos/ Dedos/Túnel do Corpo	0	0	1,73	0,78	1,73	0,71	1,73	0,71	3,32	0,70
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	1,29	0	1,14	0,58	1,14	0,58	1,39	2,92
Joelho	1,53	2,90	3,20	2,34	2,43	2,34	2,43	2,34	2,18	2,06
Pé/Tornozelo/Calcanhar	2,5	0	3,42	0,78	3,06	2,65	3,06	2,65	2,86	1,94
Coxa/Pernas	1,26	3,13	1,41	0	1,17	2,81	1,17	2,81	1,80	2,57
Dor de Cabeça	0	0	0	0	3,54	2,83	3,54	2,83	2,89	2,82
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	0	0	1,41	0	1,41	0	1,41	0	1,41	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0,71	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	1,92	0,57
Total	2,07	2,16	2,37	1,33	2,31	1,68	2,31	1,67	2,29	1,74

Tabela 177 Desvio-Padrão da media das intensidades das diferentes localizações da dor B, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor B	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	1,5	4,24	0,71	0	1,86	3,37	1,86	3,37	1,67	3,05
Lombar/Ciática	0,84	2,86	2,30	0,96	1,84	2,66	1,84	2,65	1,96	2,55
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	2,08	0
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	2,11	1,89
Ombro/Pescoço	0,71	0	2,66	1,58	2,47	1,51	2,47	1,51	2,41	1,50
Cintura Escapular	0	0	0	0	1,73	0	1,73	0	2,41	0,81
Braço/Cotovelo	0	0	0	1,41	5,66	1,15	5,66	1,15	3,37	1,50
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	4,73	0	4,73	0	4,73	0	4,73	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	3,54	1,41	3,54	1,41	3,54	1,41	3,21	1,41
Joelho	2,83	0	2,62	1,51	2,58	1,70	2,58	1,69	2,54	1,60
Pé/Tornozelo/Calcanhar	0	0	2,52	2,22	1,79	2,17	1,79	2,17	1,67	2,58
Coxa/Pernas	0	0	0	0	0	0	0	0	3,20	0
Dor de Cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	0	0	4,16	0	4,16	0	4,16	0	4,16	0
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	2,12	0	2,12	0	2,12	0
Diversas/Generalizadas	0	0	2,83	0	2,83	0	2,83	0	2,83	0
Total	1,67	2,76	2,75	1,53	2,52	1,99	2,52	1,99	2,37	1,98

Tabela 178 Desvio-Padrão da media das intensidades das diferentes localizações da dor C, antes e depois do processo de Rolfing nas diferentes amostras.

Dor C	BR		EUA		Total das Escolas		NAPER		Total Geral	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	0	0	2,65	1,53	2,65	1,53	2,65	1,53	2,64	1,52
Lombar/Ciática	0	0	1,71	0,58	1,71	0,58	1,71	0,58	1,47	0,57
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3,53
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	3,54	0,71	1,49	1	2,30	0,84	2,30	0,84	2,47	0,78
Cintura Escapular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Braço/Cotovelo	0	0	0	0	0,71	0	0,71	0	1,29	0,57
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	0,71	0	1,53	0	1,53	0	1,64	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	1,26	2,65	0	0	1,09	2,38	1,09	2,38	1,03	2,38
Pé/Tornozelo/Calcanhar	0	0	3,95	3,46	4,07	3,46	4,07	3,46	3,27	4,12
Coxa/Pernas	0	0	0,71	0	3,20	2,31	3,20	2,31	3,20	2,31
Dor de Cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0,70	1,41
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	2,12	0
Total	2,30	2,42	2,49	1,82	2,50	2,02	2,50	2,02	2,41	2,23

Comentários

Comparou-se a Intensidade das dores antes e depois do processo e cruzou-se este dado com as diferentes localizações das dores apontadas pelos clientes.

Em todas as amostras e combinações de amostras a tendência foi a dor diminuir de intensidade após o processo de Rolfing em todas as localizações tabuladas. Houve poucas exceções a esta tendência, que correspondem a resultados em que o N depois era de um caso, e aí a dor aumentou. Houve um caso do NAPER na dor B, torácica, em que a intensidade dela após o processo de Rolfing foi de grau 1 para 3. Na Escola EUA, uma pessoa mostrou dor de intensidade 6, nos pés ou calcanhares, acima da média de antes, 4; e outra pessoa no total das escolas que apresentou sua dor como de grau 9, que, tratando-se de poucos casos nesta amostra, teve um peso grande na média geral, que, mesmo assim manteve a tendência de diminuição de intensidade aps o trabalho.

Considerando-se que o N geral de casos analisados era de 239, sendo que estes 3 casos são pouco expressivos.

Nota-se também que as diferenças entre as médias das intensidades em todas as localizações das diferentes dores (A, B ou C) analisadas, tanto no Total da Amostra como especificamente na amostra do NAPER, e das Escolas BR e EUA foi de, pelo menos, 2 pontos em escalas de 1 a 10.

Esta análise corresponde amostras dependentes, correlatas mostra que o N que se referia à dor no início do processo sempre diminuiu no final do processo. Menos pessoas apresentaram queixas em cada dor mencionada após o processo.

Levantamos duas possibilidades que podem ocorrer simultaneamente para tentar compreender tal fato, sendo o primeiro o de a dor ter passado, a pessoa já não se preocupou ou lembrou da dor mencionada, uma vez que ela pode ter sumido (ver “a dor acabou” e o segundo é o fato de a pessoa não ter aceso ao registro da Entrevista Inicial, onde estão assinaladas as dores por ele mencionadas no inicio do processo, quando vai preencher o Relatório de Cliente, que é quando é pesquisado este dado após o processo).

A escala de registro utilizada não prevê que a dor tenha acabado, ela só prevê a intensidade da dor atualmente, portanto as dores que acabaram ficam sem registro, deixando abertas ambas as possibilidades. Porém, mesmo nesta segunda possibilidade, este esquecimento revela que o estado da dor provavelmente, no mínimo, não a está incomodando.

Como estas escalas entraram em uso a partir de 2004, o N é baixo, e distribuído pelas diferentes tipos de amostras e estas pelas diferentes localizações pulveriza-se o número total de casos, sendo que algumas categorias têm N muito pequeno, o que nos permite apontar tendências, mas sugere estudos posteriores. Apontamos, então, esta tendência, uma vez que esta direção se repetiu em todas as amostras e em todos os tipos de dor relatados.

Quando o N é maior, a diferença entre as médias de antes e depois do processo de Rolfing foi sempre maior.

Muitas dores só apareceram antes, e não depois do processo. Seu N era pequeno, mas seria interessante continuarmos a averiguar este tipo de resposta ao Rolfing.

As dores nas costas diminuíram bastante.

3.3.5. LOCALIZAÇÃO X PERIODICIDADE

BR – Dor A

Tabela 179 BR - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Constante		1 a 3 x semana		Ocas		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Lombar/Ciática	2	1	0	0	3	0	1	1	4	1	1	0	1	1	0	4	12	8
Toracica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cervical	2	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	5	4
Ombro/Pescoço	2	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	5	3
Cintura escapular	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Braco/Cotovelo	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Maos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Joelho	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	3
Pé/Tornozelo/Calcanhar	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Coxa/Pernas	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	5	4
Dor de cabeça	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Total	13	2	0	0	10	3	1	9	10	3	3	0	2	1	0	12	39	30

BR – Dor B

Tabela 180 BR - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Lombar/Ciática	2	2	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6	4
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Cintura escapular	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Braço/Cotovelo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Maos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	2	4
Pé/Tornozelo/Calcanhar	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Coxa/Pernas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	8	2	2	0	6	1	0	4	4	1	0	0	0	0	0	7	20	15

BR – Dor C

Tabela 181 BR - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombar/Ciática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Torácica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
Cintura escapular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Braço/Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	1	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	4	3
Pé/Tornozelo/Calcanhar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Coxa/Pernas	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversas/Generalizadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	5	1	1	0	3	0	0	5	3	1	0	0	1	0	0	1	13	8

EUA – Dor A

Tabela 182 EUA - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	7	3	0	0	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	11	8
Lombar/Ciática	12	2	0	1	3	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	15	14
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	14	1	1	1	2	0	1	13	3	0	0	0	0	0	0	2	21	17
Cintura escapular	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Braço/Cotovelo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1
Joelho	2	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	4	3
Pé/Tornozelo/Calcanhar	3	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	5	4
Coxa/Pernas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Dor de cabeça	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
A.T.M.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Dores diversas na cabeça	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Espaço Visceral	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	44	8	2	2	12	4	3	28	7	0	0	0	1	0	0	13	69	55

EUA – Dor B

Tabela 183 EUA - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Lombar/Ciática	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	2	2	5
Torácica	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	6	0	2	0	1	0	0	6	3	0	0	0	0	0	1	3	13	9
Cintura escapular	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Braço/Cotovelo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Maos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Joelho	3	2	1	0	1	1	0	0	4	1	1	0	0	0	0	2	10	6
Pé/Tornozelo/Calcanhar	3	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
Coxa/Pernas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diversas/Generalizadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	19	6	7	0	4	2	2	14	9	2	1	0	0	0	1	11	43	35

EUA – Dor C

Tabela 184 EUA - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Lombar/Ciática	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3
Cintura escapular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Braço/Cotovelo	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Joelho	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Pé/Tornozelo/Calcanhar	2	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
Coxa/Pernas	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	6	2	4	1	6	3	2	7	0	0	0	0	0	0	0	5	18	18

Total das escolas – Dor A

Tabela 185 Total das Escolas - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	8	3	0	0	2	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	1	12	10
Lombar/Ciática	14	3	0	1	6	1	1	6	4	1	1	0	1	1	0	9	27	22
Torácica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cervical	2	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	5	4
Ombro/Pescoço	16	1	1	1	4	0	1	15	3	0	0	0	0	0	0	3	25	20
Cintura escapular	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Braço/Cotovelo	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	2
Joelho	2	0	0	0	2	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	3	6	6
Pé/Tornozelo/Calcanhar	3	0	0	0	2	2	0	2	3	0	0	0	0	0	0	1	8	5
Coxa/Pernas	3	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3	6	5
Dor de cabeça	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
A.T.M.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Dores diversas na cabeça	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Espaço Visceral	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1
Total	57	10	2	2	22	7	4	37	17	3	2	0	3	1	0	25	107	85

Total das escolas – Dor B

Tabela 186 Total das Escolas - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	2	0	1	0	0	1	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	6	4
Lombar/Ciática	2	2	1	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	2	8	9
Torácica	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	6	0	3	0	2	0	0	7	3	0	0	0	0	0	1	3	15	10
Cintura escapular	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Braço/Cotovelo	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	2	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Joelho	3	2	0	0	2	1	0	0	5	1	1	0	0	0	0	6	12	10
Pé/Tornozelo/Calcanhar	4	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	5	5
Coxa/Pernas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Diversas/Generalizads	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	27	8	9	0	11	3	2	18	14	3	1	0	0	0	1	18	65	50

Total das escolas – Dor C

Tabela 187 Total das Escolas - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Lombar/Ciatica	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Torácica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	1	0	2	1	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	5	5
Cintura escapular	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Braço/Cotovelo	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Joelho	1	0	0	0	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	5	4
Pé/Tornozelo/Calcanhar	3	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4
Coxa/Pernas	2	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	4
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Espaço Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversas/Generalizads	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	11	2	5	1	10	4	2	12	3	1	0	0	1	0	0	6	32	26

NAPER – Dor A

Tabela 188 NAPER - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	9	0	2	0	4	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	5	19	6
Lombar/Ciática	18	2	2	3	6	0	0	10	5	0	2	1	2	0	0	6	35	22
Torácica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cervical	5	1	2	1	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	10	4
Ombro/Pescoço	10	3	2	0	0	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	1	13	9
Cintura escapular	4	1	2	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	9	4
Braço/Cotovelo	2	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	5	3
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	5	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	2	8	4
Joelho	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	6	2
Pé/Tornozelo/Calcanhar	3	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	2
Coxa/Pernas	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1
Dor de cabeça	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
ATM.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diversas/Generalizadas	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Total	62	10	13	5	19	1	2	24	17	3	5	1	4	0	0	16	122	60

NAPER – Dor B

Tabela 189 NAPER - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1
Lombar/Ciatica	3	2	1	0	0	0	2	1	3	1	0	1	1	0	0	1	10	6
Toraxica	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Cervical	2	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	8	4
Ombro/Pescoco	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1
Cintura escapular	3	0	0	1	4	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	9	3
Braco/Cotovelo	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	5	3
Maos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Joelho	3	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	6	2
Pe/Tornozelo/Calcanhar	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1
Coxa/Pernas	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Dor de cabeca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ATM.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeca	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Espaco Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	4	5	2	11	0	2	6	13	2	2	2	5	1	0	4	55	21

NAPER – Dor C

Tabela 190 NAPER - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lombar/Ciatica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Toraxica	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoco	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cintura escapular	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Braco/Cotovelo	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Maos/Pulsos/Dedos/Tunel do corpo	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Pe/Tornozelo/Calcanhar	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Coxa/Pernas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dor de cabeca	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Dores diversas na cabeca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espaco Visceral	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diversas/Generalizadas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	7	2	2	1	3	0	2	5	3	0	0	0	2	0	0	1	19	9

Total Geral – Dor A

Tabela 191 Total Geral - Freqüência da localização x periodicidade da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor A	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	17	3	2	0	6	1	2	5	2	1	2	0	0	0	0	6	31	15
Lombar/Ciática	32	5	2	4	12	1	1	16	9	1	3	1	3	1	0	15	62	44
Torácica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cervical	7	1	2	1	5	2	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	15	8
Ombro/Pescoço	26	4	3	1	4	0	1	20	3	0	1	0	0	0	0	4	38	29
Cintura escapular	5	1	2	0	0	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	2	10	7
Braço/Cotovelo	4	0	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	7	4
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	3	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	6	1	0	0	1	0	1	2	3	0	0	0	1	0	0	2	12	5
Joelho	4	0	0	0	4	2	0	3	3	1	0	0	1	0	0	4	12	8
Pé/Tornozelo/Calcanhar	6	2	0	0	3	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	1	14	7
Coxa/Pernas	4	1	0	0	2	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	3	9	6
Dor de cabeça	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2
A.T.M.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Dores diversas na cabeça	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Espaço Visceral	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Diversas/Generalizadas	1	1	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	5	3
Total	119	20	15	7	41	8	6	61	34	5	7	1	7	1	0	41	229	145

Total Geral – Dor B

Tabela 192 Total Geral - Freqüência da localização x periodicidade da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor B	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	3	0	3	0	0	1	0	3	4	0	0	0	0	0	0	1	10	5
Lombar/Ciática	5	4	2	0	2	1	3	3	5	3	0	1	1	0	0	3	18	15
Torácica	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Cervical	2	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	8	4
Ombro/Pescoço	6	0	4	0	3	0	0	8	3	0	0	0	1	0	1	3	18	11
Cintura escapular	4	0	0	1	5	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	11	4
Braço/Cotovelo	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	7	6
Mãos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	2	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Joelho	6	3	1	0	2	1	0	0	8	2	1	0	0	0	0	6	18	12
Pé/Tornozelo/Calcanhar	5	2	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	9	6
Coxa/Pernas	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	4	1
Dor de cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.T.M.	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Dores diversas na cabeça	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Espaço Visceral	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Diversas/Generalizadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	44	12	14	2	21	3	4	24	27	5	3	2	5	1	1	22	119	71

Total Geral – Dor C

Tabela 193 Total Geral - Freqüência da localização x periodicidade da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Dor C	Constante		1 a 3 x semana		Ocasional		Raramente		Situações específicas físicas		Horários específicos		Situações específicas emocionais		Acabou		Total	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Lombar/Ciatica	2	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	4	3
Toraxica	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1
Cervical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoco	1	0	2	1	1	0	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	6	6
Cintura escapular	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Braco/Cotovelo	1	1	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Maos/Pulsos/Dedos/Tunel do Corpo	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Peito/Mama/Costelas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Joelho	1	0	0	0	3	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	6	6
Pe/Tornozelo/Calcanhar	6	2	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	7	4
Coxa/Pernas	2	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	2
Dor de cabeca	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
A.T.M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Dores diversas na cabeca	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Espaco Visceral	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Diversas/Generalizads	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Total	18	4	7	2	12	4	4	17	6	1	0	0	3	7	0	7	50	35

Comentários

Comparou-se a localização da dor e a sua periodicidade.

O registro da localização foi feito pelo cliente, transcrito pelo tabulador para a ficha de tabulação, e, depois, agrupado em categorias pelo pesquisador.

A periodicidade foi um dado colhido antes pelo entrevistador e, depois relatado pelo cliente no Relatório de cliente.

O N diminuiu bastante, o que podemos atribuir ao desaparecimento da dor ou ao esquecimento do relatado.

Temos que muitas dores não foram relatadas no “após” o processo.

Com raras exceções, as dores diminuíram de periodicidade. Quando isto não aconteceu, foi em casos de N muito baixo (p.e. pés/tornozelos...).

Esta análise foi apresentada devido ao seu potencial de revelar dados, porém, no estágio em que se encontra a pesquisa deste tipo de dado, temos que o N está muito pulverizado por muitas categorias. Por esta razão os dados não foram tratados estatisticamente.No entanto contém um núcleo de respostas que pode ser expandido com o tempo.

3.3.6. LOCALIZAÇÃO DAS DORES A, B, C, ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING

BR

Tabela 194 BR - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	2	2	4	2	0	0
Lombar/Ciática	12	9	7	5	0	0
Torácica	0	0	0	0	1	0
Cervical	6	4	1	0	0	0
Ombro/Pescoço	4	3	2	1	2	2
Cintura Escapular	1	1	2	1	0	0
Braço/Cotovelo	2	1	1	1	1	1
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	0	0	0	0	1	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	1	1	0	0	0	0
Joelho	3	3	4	4	4	3
Pé/Tornozelo/Calcanhar	4	1	2	1	1	0
Coxa/Pernas	5	4	1	0	2	2
Dor de Cabeça	1	1	0	0	0	0
A.T.M	0	0	0	0	0	0
Dores diversas na cabeça	0	0	0	0	0	0
Espaço Visceral	0	0	1	1	0	0
Diversas/Generalizadas	1	1	0	0	1	0
Total	42	31	25	16	13	8

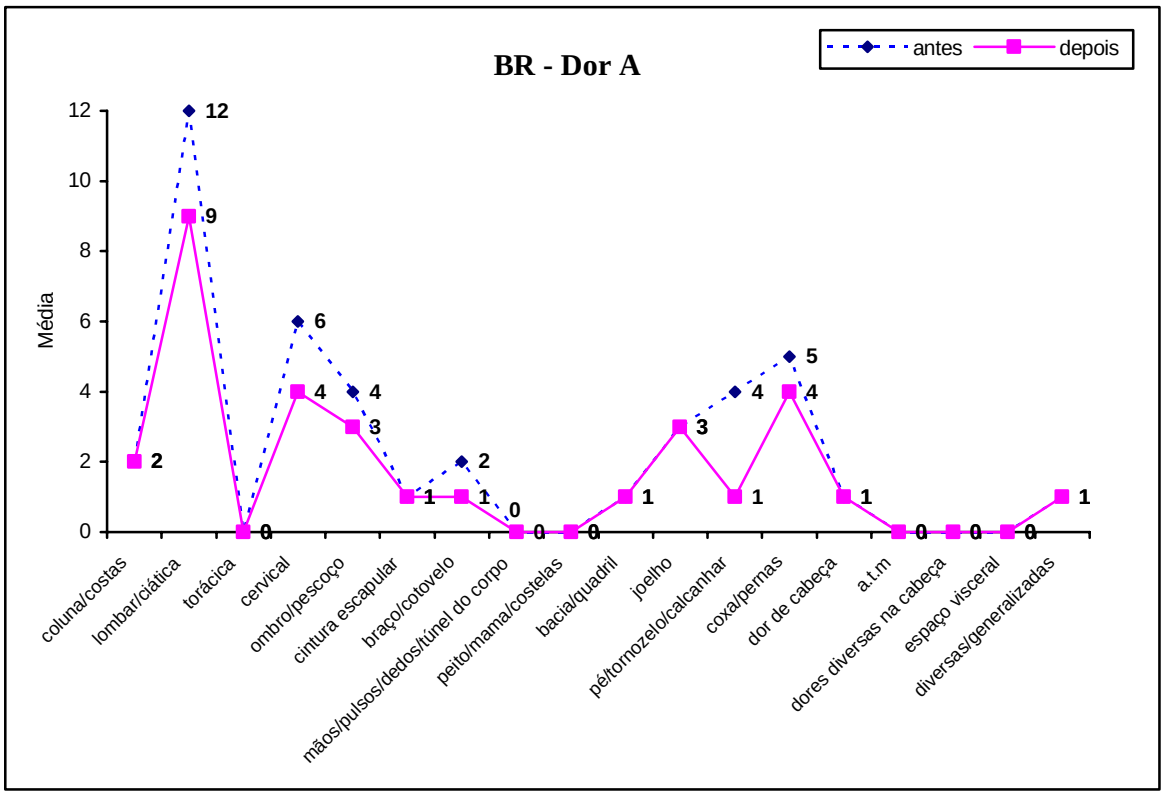

Figura 51 – BR - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

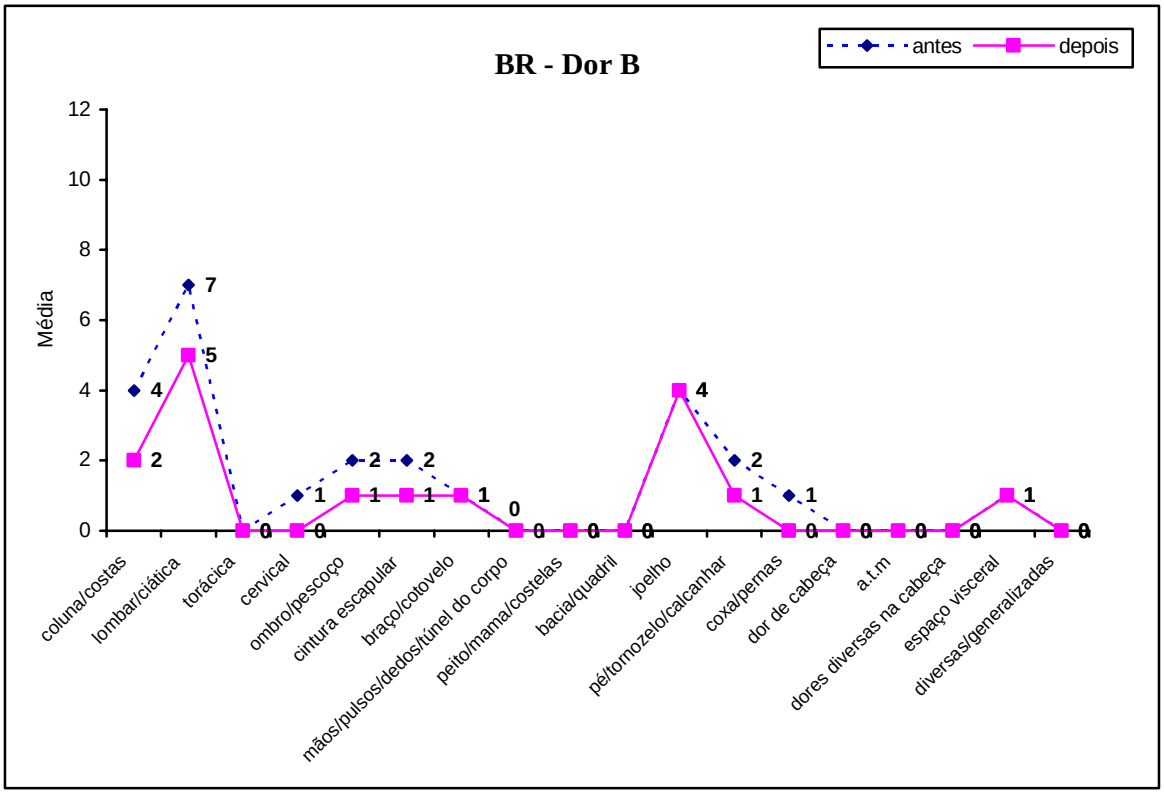

Figura 52 – BR - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

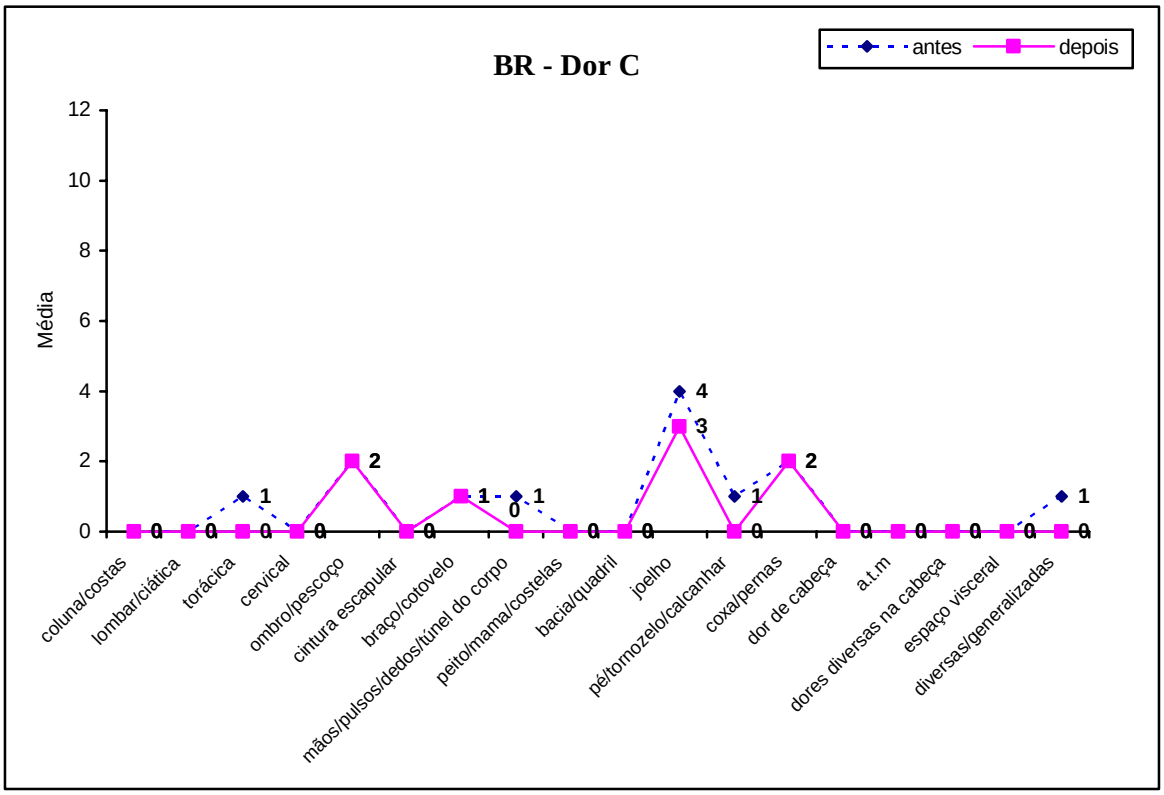

Figura 53 – BR - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

EUA

Tabela 195 EUA Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	**Depois**	**Antes**	**Depois**	**Antes**	**Depois**
Coluna/Costas	12	9	3	2	3	3
Lombar/Ciática	17	15	6	5	4	3
Torácica	0	0	1	1	1	1
Cervical	0	0	0	0	0	0
Ombro/Pescoço	25	17	14	9	5	3
Cintura Escapular	2	2	1	0	0	0
Braço/Cotovelo	1	0	2	2	1	1
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	4	2	3	1	2	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	4	2	3	3	2	0
Joelho	4	3	12	7	1	1
Pé/Tornozelo/Calcanhar	6	4	5	4	7	4
Coxa/Pernas	3	1	1	1	2	2
Dor de Cabeça	1	1	0	0	0	0
A.T.M	1	1	3	1	0	0
Dores diversas na cabeça	2	1	0	0	1	1
Espaço Visceral	1	0	1	1	0	0
Diversas/Generalizadas	1	0	2	0	0	0
Total	84	58	57	37	30	19

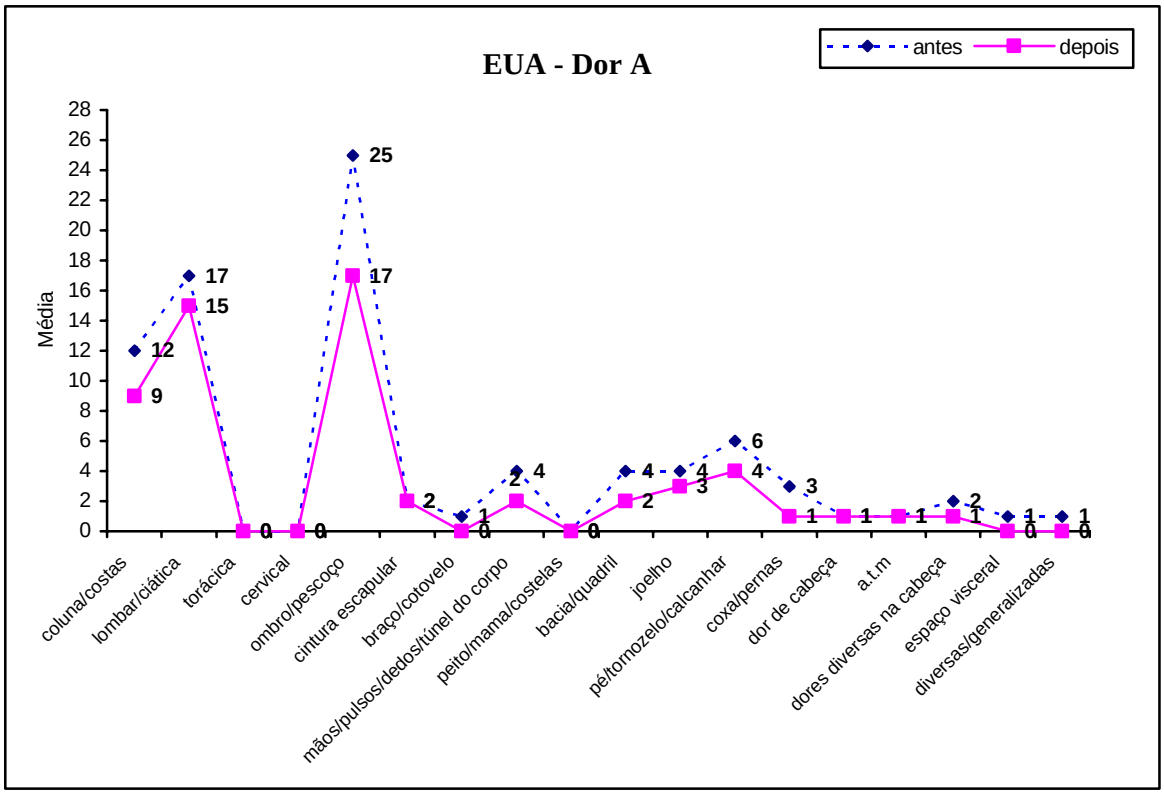

Figura 54 – EUA - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

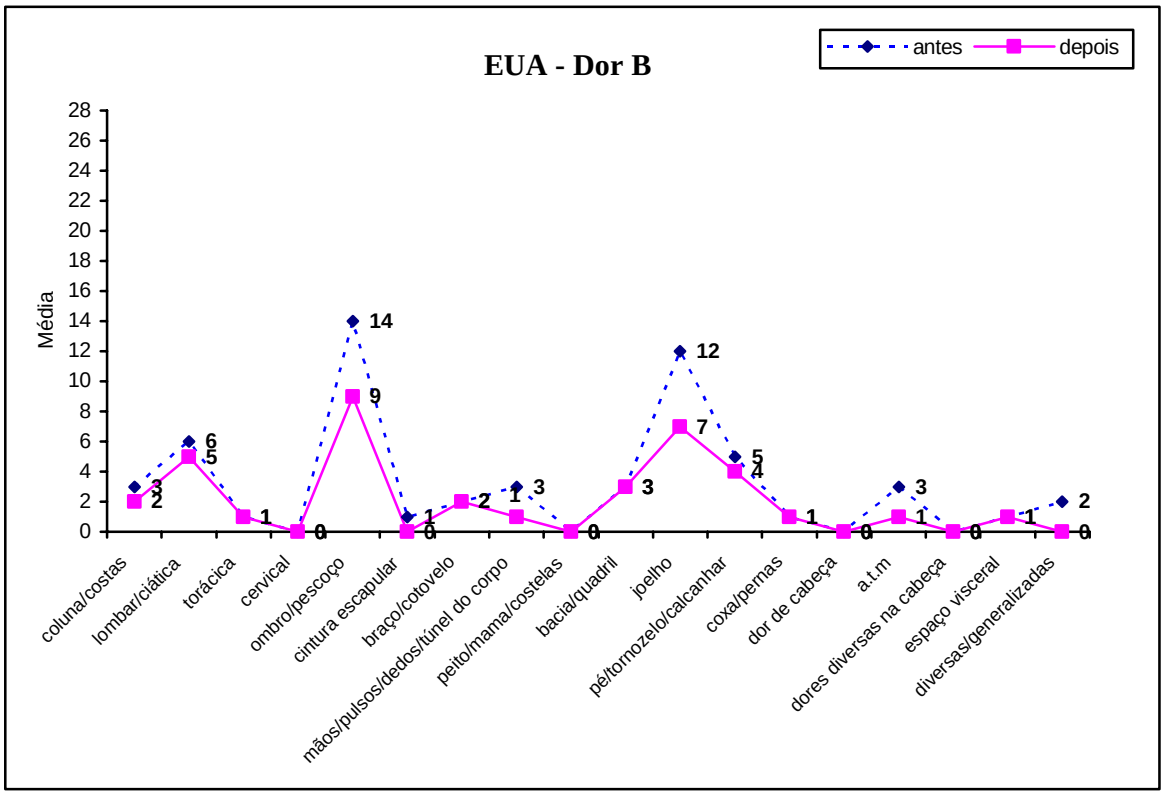

Figura 55 – EUA - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

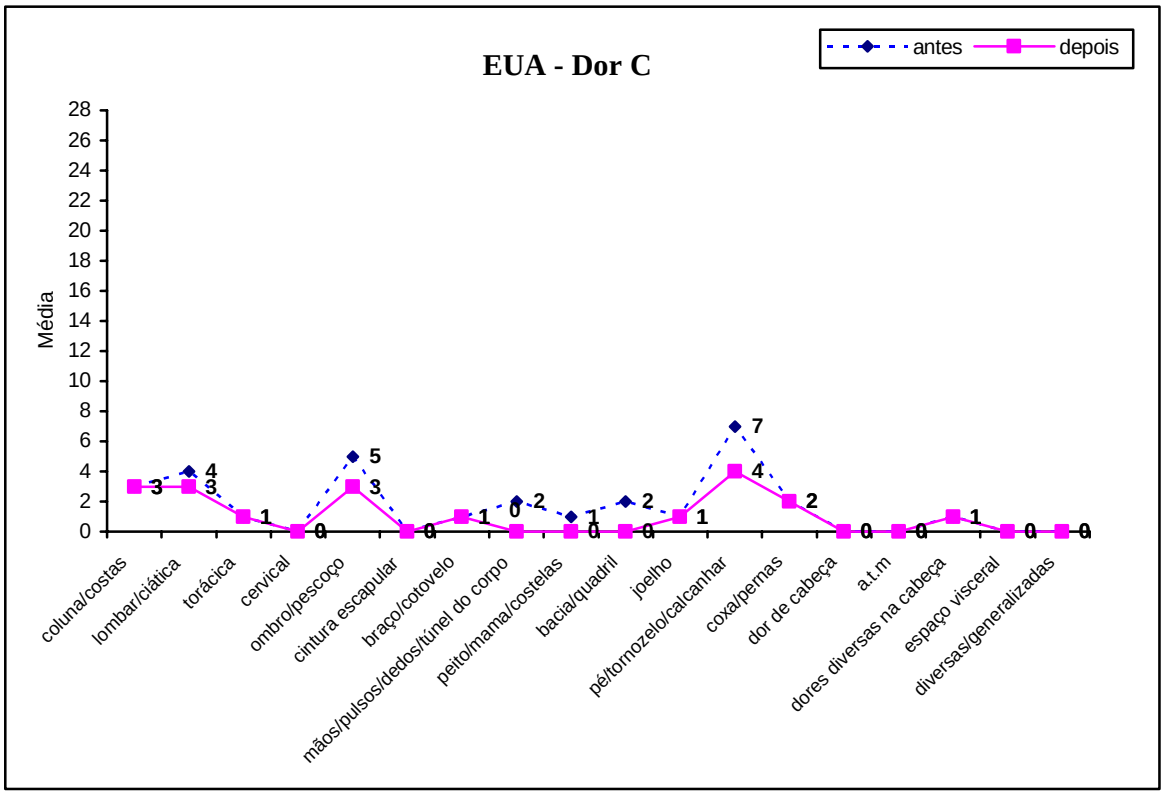

Figura 56 – EUA - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Total das Escolas

Tabela 196 Total das Escolas - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	14	11	7	4	3	3
Lombar/Ciática	29	24	13	10	4	3
Torácica	0	0	1	1	2	1
Cervical	6	4	1	0	0	0
Ombro/Pescoço	29	20	16	10	7	5
Cintura Escapular	3	3	3	1	0	0
Braço/Cotovelo	3	1	3	3	2	2
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	4	2	3	1	3	0
Peito/Mama/Costelas	0	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	5	3	3	3	2	0
Joelho	7	6	16	11	5	4
Pé/Tornozelo/Calcanhar	10	5	7	5	8	4
Coxa/Pernas	8	5	2	1	4	4
Dor de Cabeça	2	2	0	0	0	0
A.T.M	1	1	3	1	0	0
Dores diversas na cabeça	2	1	0	0	1	1
Espaço Visceral	1	0	2	2	0	0
Diversas/Generalizadas	2	1	2	0	1	0
Total	126	89	82	53	43	27

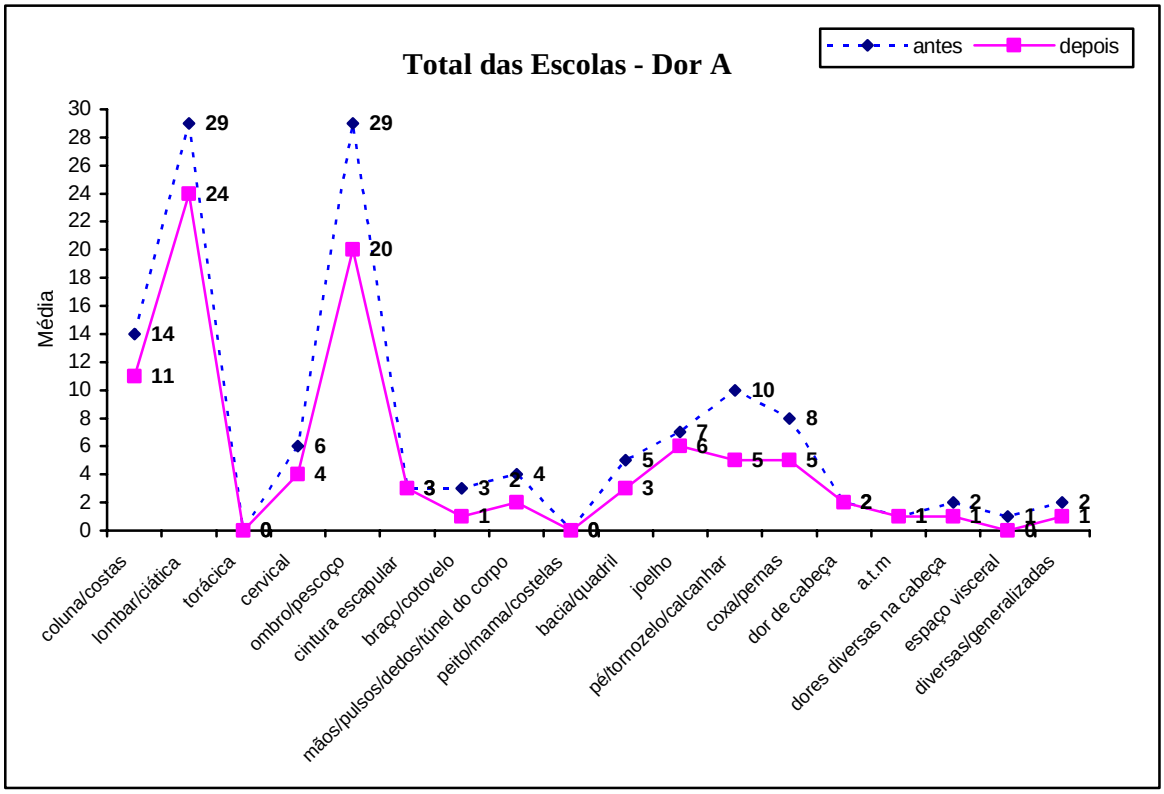

Figura 57 – Total das Escolas - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

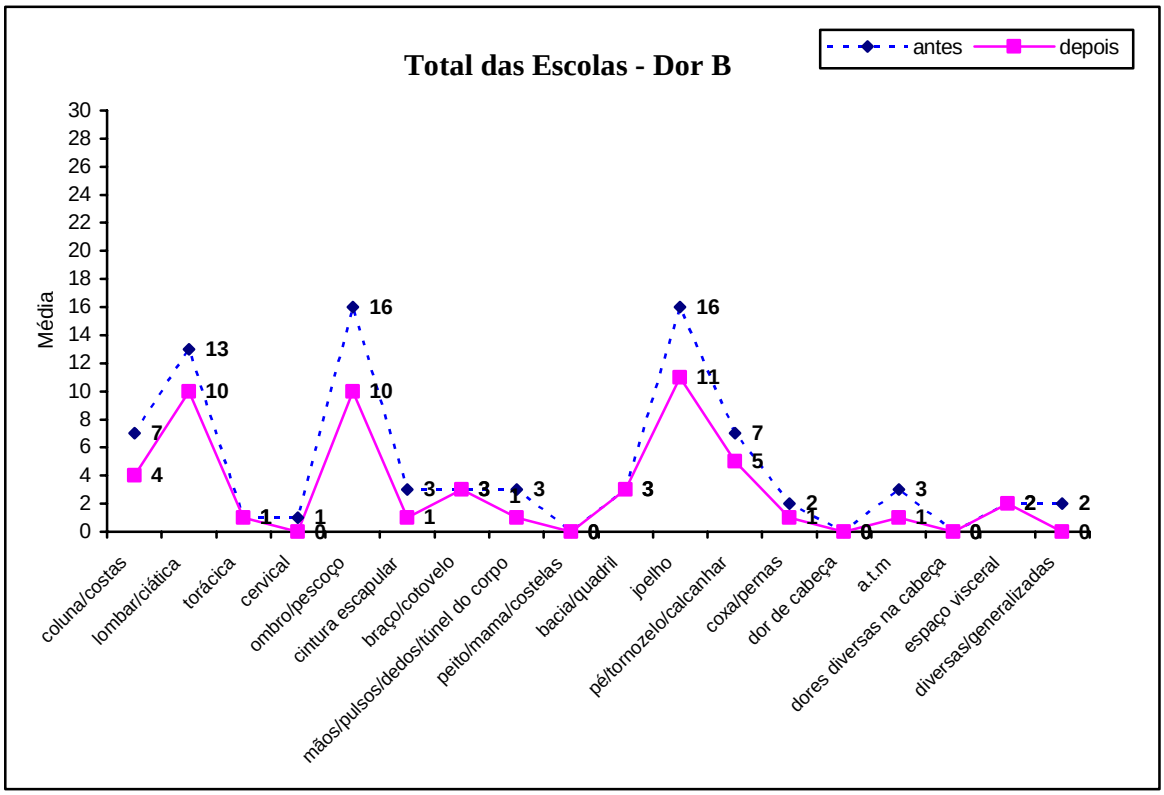

Figura 58 – Total das Escolas - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing .

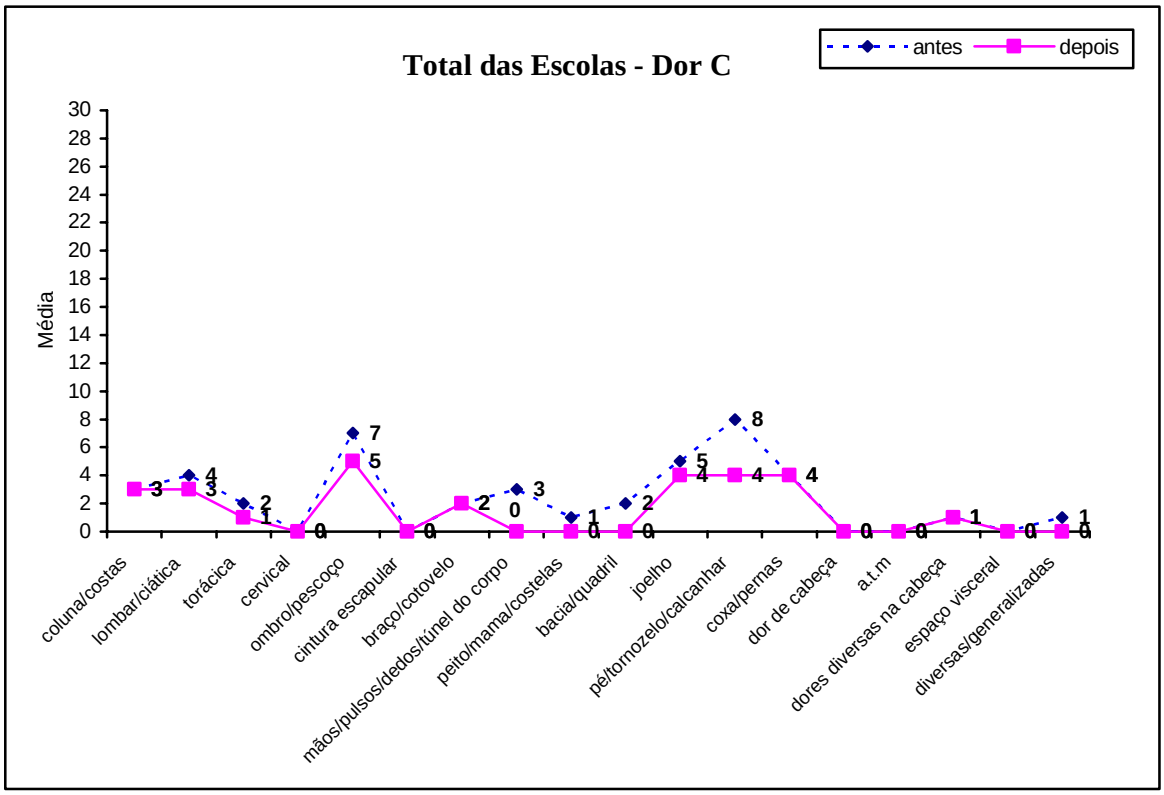

Figura 59 – Total das Escolas - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

NAPER

Tabela 197 NAPER - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Coluna/Costas	36	7	7	1	1	0
Lombar/Ciática	59	24	18	7	4	0
Torácica	2	1	3	0	2	1
Cervical	19	4	13	5	1	0
Ombro/Pescoço	19	9	4	1	1	1
Cintura Escapular	15	4	15	3	1	2
Braço/Cotovelo	7	3	6	3	5	1
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	1	0	0	0	2	1
Peito/Mama/Costelas	1	0	0	0	0	0
Bacia/Quadril	10	6	2	0	1	0
Joelho	9	2	12	2	1	0
Pé/Tornozelo/Calcanhar	7	2	7	1	6	2
Coxa/Pernas	4	1	3	0	1	0
Dor de Cabeça	3	0	0	0	2	2
A.T.M	1	0	0	0	1	0
Dores diversas na cabeça	0	0	1	0	0	0
Espaço Visceral	1	0	1	0	1	0
Diversas/Generalizadas	7	2	0	0	1	0
Total	201	65	92	23	31	10

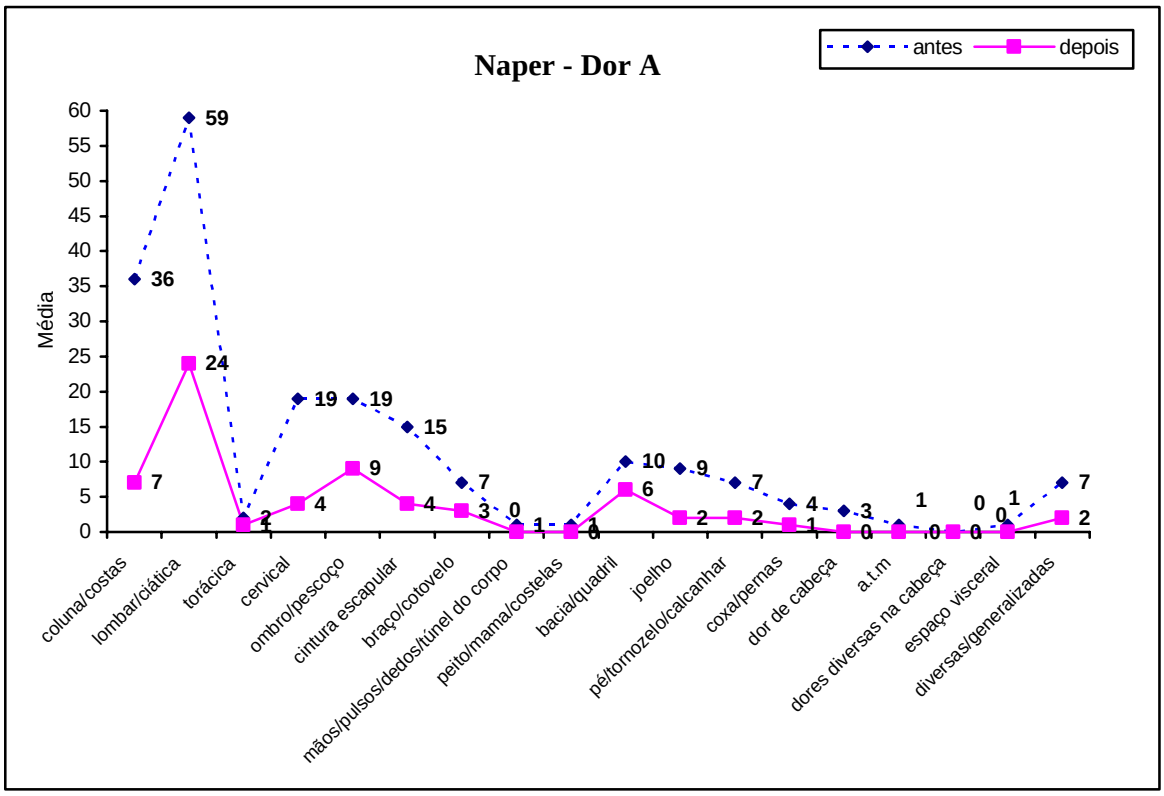

Figura 60 – NAPER - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing. NAPER

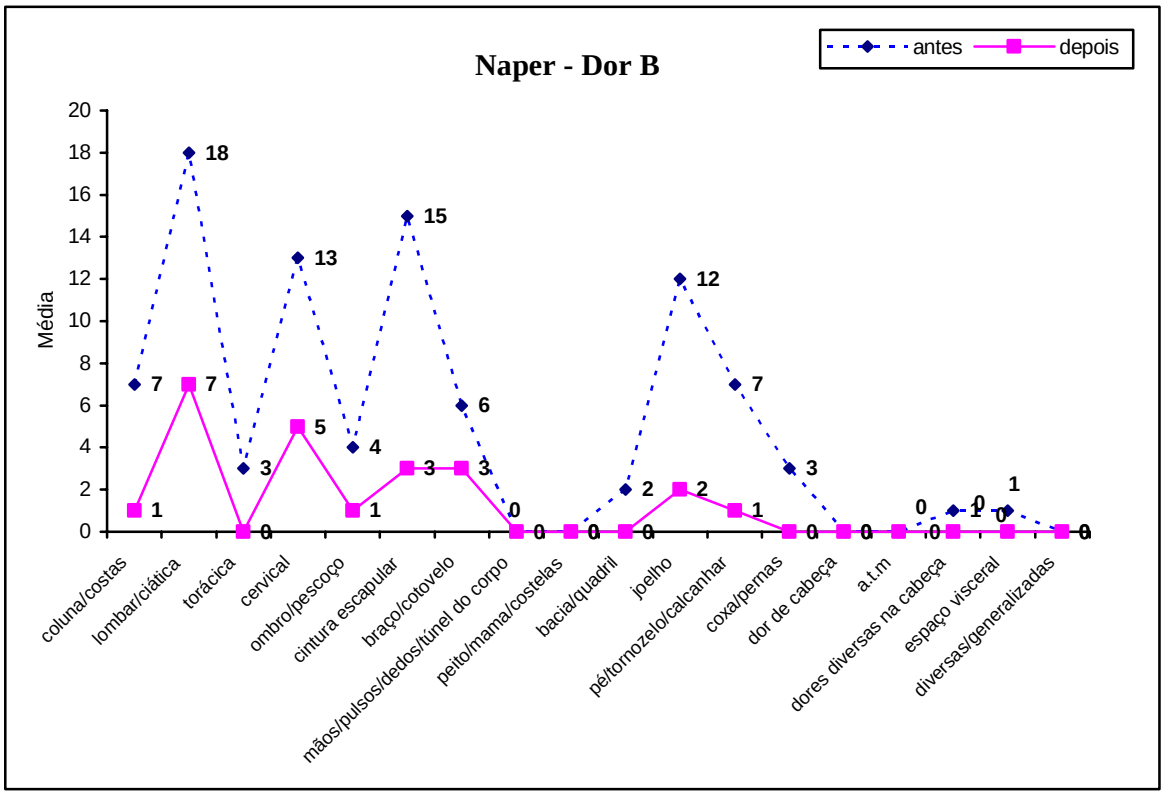

Figura 61 – NAPER - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing .

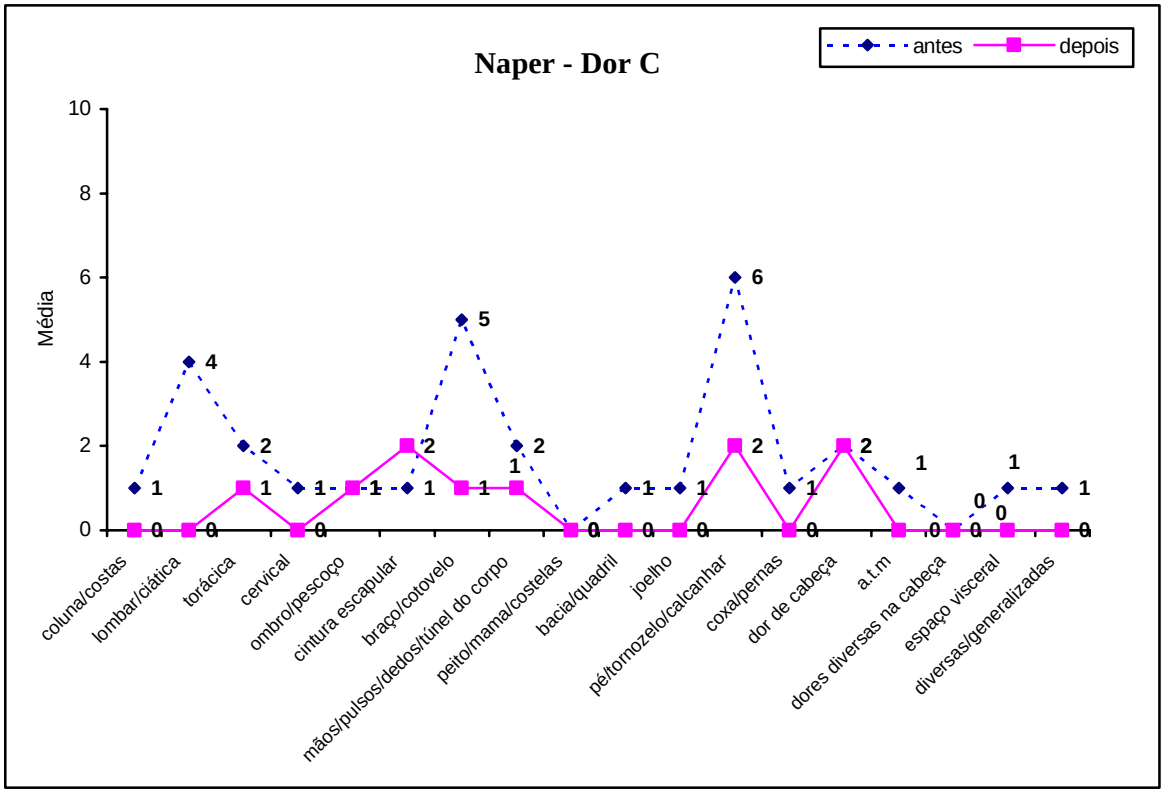

Figura 62 – NAPER - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Total Geral

Tabela 198 Total Geral - Freqüência da localização das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

	Dor A		Dor B		Dor C	
	Antes	**Depois**	**Antes**	**Depois**	**Antes**	**Depois**
Coluna/Costas	50	18	14	5	4	3
Lombar/Ciática	88	48	31	17	8	3
Torácica	2	1	4	1	4	2
Cervical	25	8	14	5	1	0
Ombro/Pescoço	48	29	20	11	8	6
Cintura Escapular	18	7	18	4	1	2
Braço/Cotovelo	10	4	9	6	7	3
Mãos/Pulsos/Dedos/Túnel do Corpo	5	2	3	1	5	1
Peito/Mama/Costelas	1	0	0	0	1	0
Bacia/Quadril	15	9	5	3	3	0
Joelho	16	8	28	13	6	4
Pé/Tornozelo/Calcanhar	17	7	14	6	14	6
Coxa/Pernas	12	6	5	1	5	4
Dor de Cabeça	5	2	0	0	2	2
A.T.M	2	1	3	1	1	0
Dores diversas na cabeça	2	1	1	0	1	1
Espaço Visceral	2	0	3	2	1	0
Diversas/Generalizadas	9	3	2	0	2	0
Total	327	154	174	76	74	37

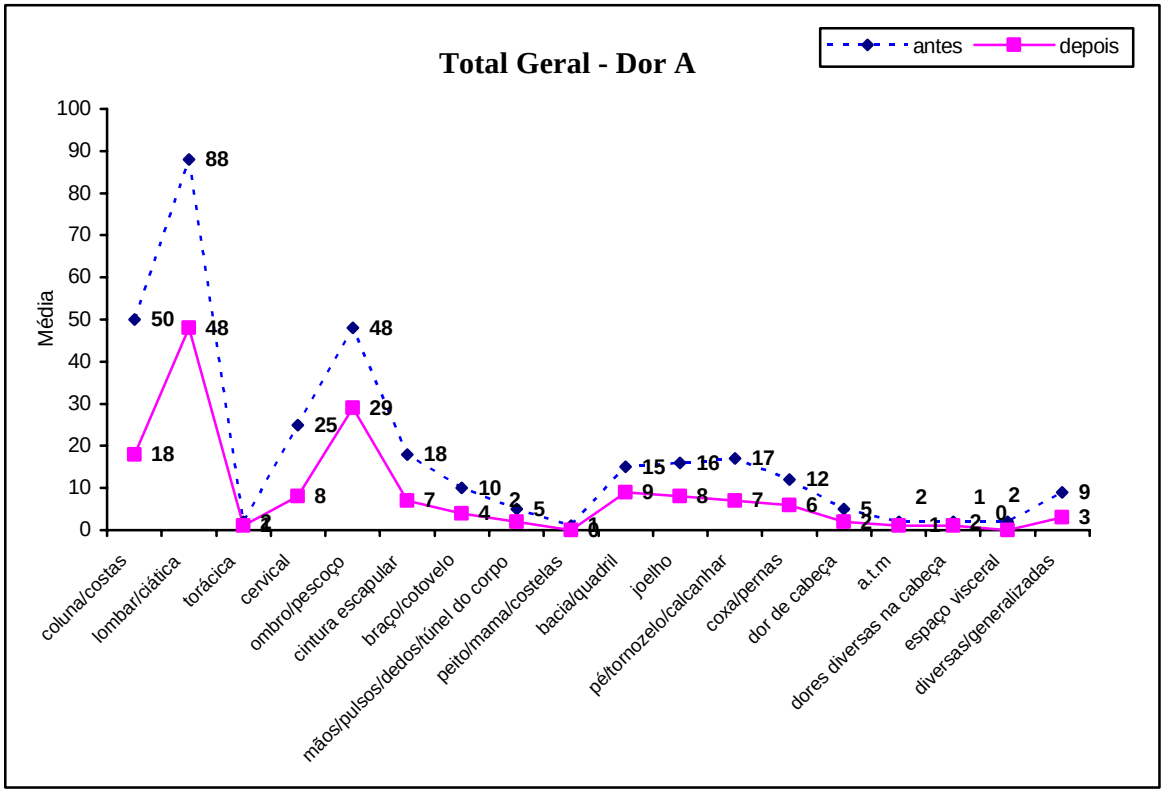

Figura 63 – Total Geral - Freqüência da Localização da dor A, antes e depois do processo de Rolfing.

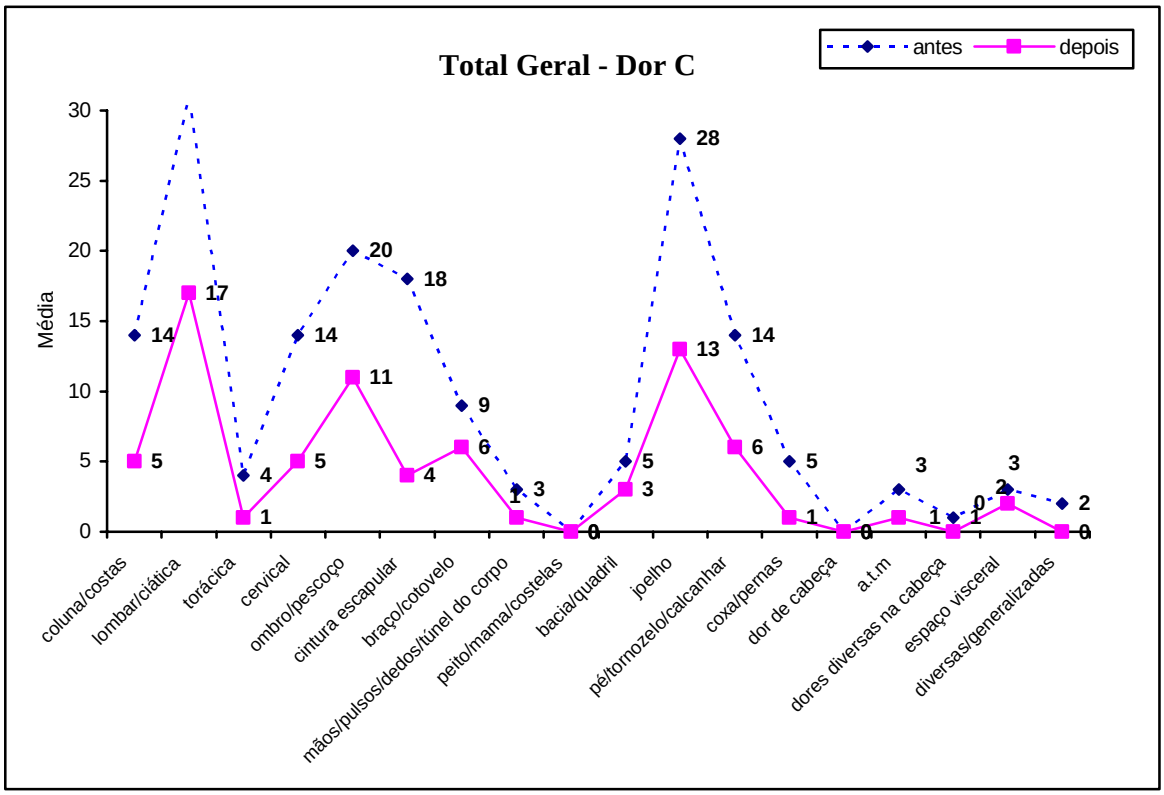

Figura 64 – Total Geral - Freqüência da Localização da dor B, antes e depois do processo de Rolfing.

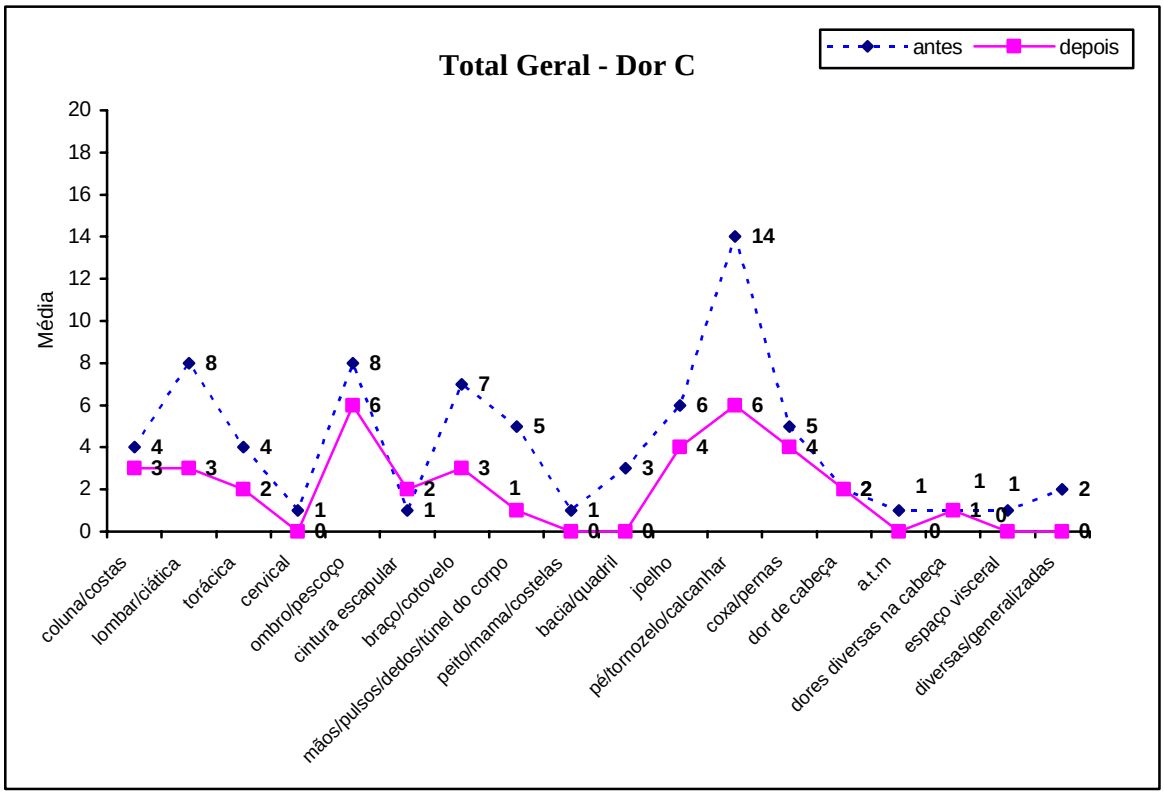

Figura 65 – Total Geral - Freqüência da Localização da dor C, antes e depois do processo de Rolfing.

Comentários

Notamos alterações nas freqüências de dores nas diferentes localizações apontadas pelos clientes, antes e depois do processo, na direção de diminuição da freqüência de dores depois do processo de Rolfing em todas as amostras, e, conseqüentemente no Total das Escolas e no Total Geral.

Nota-se também que esta diferença foi maior no NAPER que nas escolas BR e EUA, sendo estas semelhantes entre si.

Mais uma vez nos deparamos com o fato dos casos estarem bastante pulverizados entre as 18 categorias, porém este tipo de análise tem em si um potencial grande de observação e pesquisa.

3.3.7. PERIODICIDADE DAS DORES A, B, C ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING

BR

Tabela 199 BR – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

DOR A	Constante	1 a 3 x semana	Ocasional	Rara-mente	Situações específicas físicas	Horários específicos	Situações específicas emocionais	Acabou	Total
Constante	2	0	0	0	0	0	0	0	2
1 a 3 x semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasional	1	0	0	0	1	1	0	0	3
Raramente	3	0	3	1	0	0	1	0	8
Situações específicas físicas	1	0	0	0	1	1	0	0	3
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	1	0	1
acabou	2	0	5	0	4	0	0	0	11
Total	9	0	8	1	6	2	2	0	28
DOR B									
Constante	1	0	1	0	0	0	0	0	2
1 a 3 x semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasional	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Raramente	1	1	1	0	1	0	0	0	4
Situações específicas físicas	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	1	0	2	0	1	0	0	0	4
Total	4	1	4	0	3	0	0	0	12
DOR C									
Constante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 3 x semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasional	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Raramente	1	1	1	0	1	0	1	0	5
Situações específicas físicas	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	3	1	2	0	1	0	1	0	8

EUA

Tabela 200 EUA – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

DOR A	Constante	1 a 3 x semana	Ocasional	Rara-mente	Situações específicas físicas	Horarios específicos	Situações específicas emocionais	Acabou	Total
Constante	7	0	0	0	1	0	0	0	8
1 a 3 x semana	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Ocasional	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Raramente	16	0	4	1	3	0	0	0	24
Situações específicas físicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	7	0	3	0	1	0	0	0	11
Total	34	0	8	1	5	0	0	0	48
DOR B									
Constante	5	0	0	0	1	0	0	0	6
1 a 3 x semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasional	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Raramente	7	1	1	1	0	0	0	1	11
Situações específicas físicas	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	1	1	1	0	2	0	0	0	5
Total	13	4	2	1	5	0	0	1	26
DOR C									
Constante	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1 a 3 x semana	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Ocasional	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Raramente	1	0	2	0	0	0	0	0	3
Situações específicas físicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	2	1	1	0	0	0	0	0	4
Total	5	2	5	0	0	0	0	0	12

Total das Escolas

Tabela 201 Total das Escolas – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

DOR A	Constante	1 a 3 x semana	Ocasional	Rara-mente	Situações específicas físicas	Horários específicos	Situações específicas emocionais	Acabou	Total
Constante	9	0	0	0	1	0	0	0	10
1 a 3 x semana	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Ocasional	3	0	1	0	1	1	0	0	6
Raramente	19	0	7	2	3	0	1	0	32
Situações específicas físicas	1	0	0	0	1	1	0	0	3
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0	1	0	1
acabou	9	0	8	0	5	0	0	0	22
Total	43	0	16	2	11	2	2	0	76
DOR B									
Constante	6	0	1	0	1	0	0	0	8
1 a 3 x semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasional	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Raramente	8	2	2	1	1	0	0	1	15
Situações específicas físicas	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	2	1	3	0	3	0	0	0	9
Total	17	5	6	1	8	0	0	1	38
DOR C									
Constante	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1 a 3 x semana	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Ocasional	1	1	2	0	0	0	0	0	4
Raramente	2	1	3	0	1	0	1	0	8
Situações específicas físicas	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	2	1	2	0	0	0	0	0	5
Total	8	3	7	0	1	0	1	0	20

NAPER

Tabela 202 NAPER – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

DOR A	Constante	1 a 3 x semana	Ocasional	Raramente	Situações específicas físicas	Horários específicos	Situações específicas emocionais	Acabou	Total
Constante	8	0	1	0	1	0	0	0	10
1 a 3 x semana	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Ocasional	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Raramente	12	2	3	0	3	1	2	0	23
Situações específicas físicas	1	0	0	0	2	0	0	0	3
Horários específicos	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Acabou	4	2	4	1	2	1	1	0	15
Total	27	6	8	1	9	2	3	0	56
DOR B									
Constante	3	0	1	0	0	0	0	0	4
1 a 3 x semana	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Ocasional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Raramente	1	0	1	1	0	0	2	0	5
Situações Específicas físicas	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Horários específicos	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Situações específicas emocional	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Acabou	0	2	1	0	1	0	0	0	4
Total	6	2	3	1	4	1	2	0	19
DOR C									
Constante	2	0	0	0	0	0	0	0	2
1 a 3 x semana	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ocasional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Raramente	1	0	1	1	0	0	1	0	4
Situações específicas físicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
acabou	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	3	2	1	1	0	0	1	0	8

Total Geral

Tabela 203 Total Geral – Periodicidade das dores A, B, C, antes e depois do processo de Rolfing.

DOR A	Constante	1 a 3 x semana	Ocasional	Rara-mente	Situações específicas físicas	Horários específicos	Situações específicas emocionais	Acabou	Total
Constante	17	0	1	0	2	0	0	0	20
1 a 3 x semana	3	2	0	0	0	0	0	0	5
Ocasional	3	0	1	0	2	1	0	0	7
Raramente	31	2	10	2	6	1	3	0	55
Situações específicas físicas	2	0	0	0	3	1	0	0	6
Horários específicos	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Acabou	13	2	12	1	7	1	1	0	37
Total	70	6	24	3	20	4	5	0	132
DOR B									
Constante	9	0	2	0	1	0	0	0	12
1 a 3 x semana	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Ocasional	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Raramente	9	2	3	2	1	0	2	1	20
Situações específicas físicas	0	0	0	0	5	0	0	0	5
Horários específicos	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Situações específicas emocionais	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Acabou	2	3	4	0	4	0	0	0	13
Total	23	7	9	2	12	1	2	1	57
DOR C									
Constante	3	0	0	0	0	0	0	0	3
1 a 3 x semana	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Ocasional	1	1	2	0	0	0	0	0	4
Raramente	3	1	3	1	2	0	2	0	12
Situações específicas físicas	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Horários específicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Situações específicas emocionais	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Acabou	2	2	2	0	0	0	0	0	6
Total	11	5	7	1	2	0	2	0	28

Comentários

Observando-se a freqüência da periodicidade das dores A, B e C, antes e depois do processo de Rolfing, nas respostas, tanto nas respostas do TOTAL GERAL dos Clientes e do TOTAL das Escolas, bem como analisando-se especificamente as amostras do NAPER e a das Escolas EUA e BR, notamos que houve mudança na freqüência da periodicidade atribuída às dores entre antes e depois do processo, no sentido de se tornarem menos freqüentes, e de aparecerem em situações e horários específicos ou de acabarem.

No Total Geral das amostras na dor A, 12,87 % tinham dores constantes que se mantiveram constantes, 19,69% das dores, ou se mantiveram como estavam na periodicidade em que estavam ou ficaram menos freqüentes ou acabaram (28,0%). Na dor B, 15,78, e na C, 10,71, se mantiveram-se constantes e, 22,8% e 21,4% respectivamente acabaram.

Estes resultados podem ainda ser maiores se considerarmos que a pergunta foi formulada de forma aberta e tabulada posteriormente, sendo agrupadas nas categorias analisadas. A resposta “acabou”, dada após o processo, foi, portanto, espontânea.

Lembrar também que no cruzamento ora analisado, só estão presentes as respostas que foram mencionadas antes e depois do processo. O N analisado foi de 132 entre 229 repostas em que foi relatada a periodicidade da dor A antes do processo.

Neste sentido, a resposta “Acabou”, que aparece nas tabelas que se referem aos casos relatados espontaneamente em dores cuja periodicidade foi relatada antes e depois do processo. O não relatar a dor de 97 casos pode ser indicativo de que a dor tenha acabado por não ter sido lembrada.

No NAPER, a maior das amostras, na dor A, que tem mais casos relatados, das dores classificadas como constantes,70,4 % ficaram menos freqüentes, passando principalmente para a categoria de “raramente”, ou mesmo acabaram; 14,28% se mantiveram constantes, e, no total 21,42% das dores se mantiveram com a mesma periodicidade do início do processo. Este foi o maior movimento dentro das categorias. Também notam-se dores classificadas como ocasionais que acabaram. 26,8% das dores relatadas no início do processo e que também acabaram. Este comportamento da amostra coincide com o Total Geral das amostras. As dores B e C tiveram tendência semelhante. (vide gráficos).

Comentários Gerais sobre análise das dores

Notamos pela da comparação entre a intensidade, localização, periodicidade e pelo tempo que se possui uma dor, que estas variáveis sofreram alterações em todas as combinações estudadas.

Nas comparações entre a médias das intensidades, pudemos tratar, estatisticamente, a significância desta diferença, tendo encontrado resultados que atestam ser significativa esta diferença em todas as amostras (exceção dor C do NAPER).

Nas demais comparações, também se evidencia uma tendência à melhora, diminuição de freqüência e migração dos resultados para categorias mais brandas e específicas.

Estes dados sugerem estudos posteriores mais abrangentes porém, acenam para hipóteses de que o processo de Rolfing também provê alterações na qualidade de vida dos clientes e em sua experiência afetiva em relação a si mesmos.

Estudos nesta direção são portanto recomendados e encontram apoio nos resultados apresentados.

3.3.8. DO PONTO DE VISTA EMOCIONAL, COMO VOCÊ SE SENTE ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING?

Tabela 204 Como se sente do ponto de vista emocional, antes e depois do processo de Rolfing – Freqüência.

Antes	Depois	BR	EUA	Total das Escolas	NAPER	Total Geral
Ótimo	Ótimo	0	0	0	1	1
Ótimo	Bem	0	0	0	3	3
Ótimo	Igual	0	0	0	0	1
Ótimo	Ruim	0	0	0	0	0
Bom	Ótimo	4	6	10	15	33
Bom	Bem	10	21	31	10	41
Bom	Igual	0	5	5	3	14
Bom	Ruim	0	0	0	0	0
Regular	Ótimo	0	1	1	3	4
Regular	Bem	16	6	22	16	42
Regular	Igual	1	1	2	0	2
Regular	Ruim	0	1	1	0	1
Ruim	Ótimo	1	0	1	5	6
Ruim	Bem	10	4	14	13	29
Ruim	Igual	0	0	0	0	1
Ruim	Ruim	0	0	0	0	0
Péssimo	Ótimo	0	0	0	0	0
Péssimo	Bem	0	0	0	0	0
Péssimo	Igual	0	0	0	0	0
Péssimo	Ruim	0	0	0	1	1
Total		42	45	87	70	179

Comentários

Comparando-se as repostas da Entrevista Inicial: "Como você se sente emocionalmente?" com "Como você se sente emocionalmente após o processo de Rolfing?" do Relatório do Cliente, notamos que os clientes, em sua percepção, ou se sentem iguais ou se sentem melhor que no início do processo.

Isto é verdadeiro em todas as amostras, bem como no Total das Escolas e no Total Geral.

Abaixo, elaboramos uma descrição do "movimento" entre as diferentes categorias, em % de freqüência das respostas:

NAPER

Bom - igual 4,2; ruim - igual, 1,4. Total=5,6.

Ótimo - ótimo 1,4; bom/bem - ótimo 21,1; Regular - ótimo 4,2; Ruim - ótimo 7,0. Total=33,7.

Péssimo - ruim 1,4. Total=1,4.

ESCOLA BR

Regular - igual 2,4. Total=2,4.

Bom - bem/melhor 23,8; regular - bem/melhor, 38,1; ruim – bem/melhor 23,8. Total=85,7.

Bom – ótimo/melhor 9,5; ruim – ótimo/melhor, 2,4. Total=11,9.

ESCOLA EUA

Ótimo-igual 1,5; bem - igual 16,7; regular - igual 1,5. Total=19,7.

Bom – bem/melhor = 31,8; regular – bem/melhor, 15,2; ruim – bem/melhor, 9,1. Total=56,1.

Bom - ótimo 21,2; regular - ótimo 1,5. Total=22,7

3.3.9. QUALIDADE DE VIDA ANTES E DEPOIS DO PROCESSO DE ROLFING

WHOQOL-BREF

BR

Tabela 205 BR – Estatísticas das amostras emparelhadas

	Média	N	Desvio-Padrão	Média Desvio-Padrão
Físico - antes	69,64286	40	14,124549	2,233287
Físico - depois	76,96429	40	14,375860	2,273023
Psicológico - antes	67,75794	42	11,787252	1,818812
Psicológico - depois	74,50397	42	11,501531	1,774725
Relações sociais - antes	70,08547	39	15,848094	2,537726
Relações sociais - depois	76,28205	39	14,627247	2,342234
Ambiente - antes	63,22674	43	12,022835	1,833465
Ambiente - depois	67,87791	43	16,069938	2,450643

Tabela 206 BR – Testes das amostras emparelhadas

	Média	Desvio-Padrão	Média Desvio-Padrão	t	df	Sig. (2-tailed)
Físico - antes Físico - depois	-7,32143	10,728013	1,696248	-4,316	39	,000
Psicológico - antes Psicológico - depois	-6,74603	9,154296	1,412539	-4,776	41	,000
Relações sociais - antes Relações sociais - depois	-6,19658	15,019231	2,405002	-2,577	38	,014
Ambiente - antes Ambiente - depois	-4,65116	12,262856	1,870068	-2,487	42	,017

EUA

Tabela 207 EUA - Estatísticas das amostras emparelhadas

	Média	N	Desvio-Padrão	Média Desvio-Padrão
Físico - antes	72,40705	73	14,860227	1,739258
Físico - depois	79,50098	73	14,495330	1,696550
Psicológico - antes	68,96368	78	13,999965	1,585184
Psicológico - depois	75,42735	78	11,910519	1,348601
Relações sociais - antes	65,33333	75	17,003356	1,963378
Relações sociais - depois	74,00000	75	15,191471	1,754160
Ambiente - antes	72,44318	77	13,824998	1,575505
Ambiente - depois	74,83766	77	14,328587	1,632894

Tabela 208 EUA – Testes das amostras emparelhadas

	Média	Desvio-Padrão	Média Desvio-Padrão	t	df	Sig. (2-tailed)
Físico - antes Físico - depois	-7,09393	15,028944	1,759005	-4,003	72	,000
Psicológico - antes Psicológico - depois	-6,46368	10,019989	1,134540	-5,697	77	,000
Relações sociais - antes Relações sociais - depois	-8,66667	13,313612	1,537323	-5,638	74	,000
Ambiente - antes Ambiente - depois	-2,39448	10,644527	1,213056	-1,974	76	,052

Total das Escolas

Tabela 209 Total das Escolas - Estatísticas das amostras emparelhadas

	Média	N	Desvio-Padrão	Média Desvio-Padrão
Físico - antes	71,42857	113	14,601110	1,373557
Físico - depois	78,60303	113	14,440295	1,358429
Psicológico - antes	68,54167	120	13,229749	1,207705
Psicológico - depois	75,10417	120	11,728807	1,070689
Relações sociais - antes	66,95906	114	16,700917	1,564184
Relações sociais - depois	74,78070	114	14,975419	1,402577
Ambiente - antes	69,14063	120	13,884480	1,267474
Ambiente - depois	72,34375	120	15,280606	1,394922

Tabela 210 Total das Escolas - Testes das amostras emparelhadas

	Média	Desvio-Padrão	Média Desvio-Padrão	t	df	Sig. (2-tailed)
Físico - antes Físico - depois	-7,17446	13,612113	1,280520	-5,603	112	,000
Psicológico - antes Psicológico - depois	-6,56250	9,687919	,884382	-7,420	119	,000
Relações sociais - antes Relações sociais - depois	-7,82164	13,903953	1,302225	-6,606	113	,000
Ambiente - antes Ambiente - depois	-3,20313	11,252498	1,027208	-3,118	119	,002

Comentários

O WHOQOL-BREF foi aplicado antes e depois do processo nas amostras das Escolas.

Notamos que seus resultados comparativos atestam uma melhora na Qualidade de Vida das amostras. A diferença é significativa en todos os domínios de todas as amostras, isoladamente e no seu conjunto.

Este dado é de suma importância à medida que o WHOQOL é inventario validado, em 20 línguas, sendo um instrumento com ampla bibliografia a respeito e de fácil aplicação.

A visão de saúde da Organização Mundial de Saúde não como ausência de sintomas de doenças, mas como qualidade de vida percebida, deu apoio ao desenvolvimento destes instrumentos cuja utilização forneceu os resultados acima descritos.

CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na apresentação dos resultados, tecemos alguns ***comentários*** sobre os resultados após cada uma das perguntas, tanto nas fechadas como nas abertas e elaboramos uma discussão sobre o ***valor da pergunta***.

Estes *comentários* se referiam ao tipo de dado apresentado nas diferentes amostras isoladas, comparativamente e no conjunto dos dados. Quando pertinente, apresentamos um esboço de interpretação sobre estes dados na perspectiva de se explorar como os questionários estariam participando destes resultados do ponto de vista psicobiológico.

Ao discorrer sobre o *valor da pergunta*, tentamos trazer á luz o propósito de cada pergunta e como tinha participado dos resultados obtidos, bem como uma discussão de seus objetivos e sua eficiência e, algumas vezes, nesta discussão propusemos algumas transformações e adaptações que nos pareceram pertinentes.

A análise dos resultados produzidos pelas respostas aos questionários nos levou a perceber que estes instrumentos foram úteis tanto nas Escolas como no NAPER. Ajudaram a levantar dados que podem ser úteis à identificação dos sujeitos, ao atendimento no processo do Rolfing bem como à pesquisa sobre ele.

As respostas mostraram semelhanças e variações nas populações, tanto nos dados de identificação como no levantamento de características psicofísicas

Estas semelhanças e variações ora aconteciam entre as Escolas e o NAPER , ora entre as Escolas BR e EUA e, ora entre as amostras do Brasil (NAPER e Escola BR) e dos EUA.

Uma vez que nosso objetivo é o de participar no desenvolvimento de questionários que possam servir para a formação dos profissionais, no nível educacional, no atendimento de clientes e no levantamento de dados para pesquisa, abaixo descreveremos os *resultados* mais significativos, tanto em sua semelhança como na diferença entre as amostras, tentando elaborar e apresentar um perfil destas diferentes amostras, fazendo comparações entre elas e, a seguir, analisaremos os *questionários* e suas perguntas, propondo alterações para seu desenvolvimento.

4.1. ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

4.1.1. DADOS QUANTITATIVOS

Considerações Gerais sobre as amostras

ENTREVISTA INICIAL

(dados colhidos no início do processo, pelo rolfista)

- *Dados de Identificação*

O Perfil Básico dos clientes que procuraram Rolfing nas diferentes situações foram mulheres (no NAPER 70,6% e, nas Escolas, 61,8 e, 63,8, nas Escolas BR e EUA, respectivamente) e adultos, (86,3, 69,1 e 91,4 % dos clientes do NAPER, Escola BR e EUA entre 20 e 60 anos, sendo .51,8, 43,7 e 58,7% entre 20 e 40 anos. Na Escola BR, houve 10,9% de crianças e adolescentes até 19 anos, contra 7,2 % do NAPER e, 1,9 da Escola EUA). São predominantemente solteiros (49,8 % NAPER e 53,2 e 41,2 % nas Escolas EUA e BR) ou casadas (36,1% no NAPER, 30,9 e 41,2 % nas Escolas EUA e BR respectivamente). Em sua maioria eram de nível universitário ou pós-universitário (69% no NAPER e 82,2 e 47,0 % respectivamente entre os clientes da Escola EUA e BR), profissionais liberais ou assalariados (40 e 44,9; 50, e 37,3; 30,6 e 27,7 % dos clientes do NAPER, Escolas BR ou EUA respectivamente). Nas escolas BR e EUA, havia mais estudantes (16,3 e 19,1 na Escola BR e EUA contra 9,6% no NAPER) e se diziam ter religião ou ter algum tipo de espiritualidade (93,6% no NAPER, 100% na Escola BR e 94,4% na Escola EUA), e, em sua maioria praticantes (59,8; 57,1 e 69 %, NAPER, Escolas BR e EUA respectivamente). Os clientes do NAPER e da Escola BR basicamente moram em São Paulo e, na Grande São Paulo e e os clientes da Escola EUA em Boulder, Colorado e adjacências.

Notamos, portanto, que os questionários trouxeram informações que ilustram que as amostras têm muito em comum em suas características gerais, destacando-se que os clientes da Escola EUA são um pouco mais adultos e tem nível escolar e sócioeconomico e educacional superior ao dos clientes do NAPER e estes em relação aos da Escola BR. Havia mais estudantes entre os clientes das escolas que do NAPER.

- *Objetivos*

Razões de procura para o Rolfing:

A razão *Física* subcategoria Estrutural foi significativamente maior que as outras razoes em todas as amostras, e entre os clientes da Escola EUA houve porcentualmente mais razões Físicas Funcionais que nas outras amostras.

Quanto às razoes *Psicobiológicas,* elas estiveram presentes em todas as amostras de forma similar e foram mais freqüentes na subcategoria Emocional em todas as amostras. Notou-se maior freqüência deste tipo de procura nas Escolas que no NAPER, e mais na Escola EUA que na BR.

No NAPER, temos rolfistas já formados trabalhando, e que trabalham há um número variado de anos. Nas escolas, temos alunos num estágio uniforme de experiência profissional, todos no último estágio de sua formação.

O fato de ter aparecido nas Escolas um maior número de clientes cujo objetivo está na dimensão Psicobiológica pode estar apoiado no professor que está dando o curso, que reforça este tipo de aprendizagem ou no fato de ainda estarem aprendendo, e, portanto, terem a atenção voltada para a discriminação deste tipo de categoria também, enquanto que o rolfista formado há mais tempo pode ter, no exercício da rotina prática, dirigido seu trabalho para uma percepção mais física que psicobiológica.

Outra possível explicação para esta diferença seria o fato de serem tabuladores diferentes, tabuladores para esta pergunta aberta, portanto, os critérios de classificação não serem uniformes entre os tabuladores.

- *Histórico de Saúde Física e Emocional*

O grupo de clientes que participou desta pesquisa é equilibrado quanto a terem sofrido acidentes, terem limitações físicas, terem passado por cirurgias ou não, não sendo significativa a diferença entre os grupos. A maior parte dos acidentes relatados são acidentes de carro ou moto.

A maioria significativa não fez cirurgia plástica, e não está fazendo outros tratamentos (exceção dos da escola BR, sendo que os grupos dos que fizeram ou não outro tratamento se equivalem), e, quando o fazem, o fazem alopaticamente. (com exceção escola BR onde esta diferença, medicação alopática ou alternativa não é significativa).

Se tiveram partos, os grupos dos que tiveram parto natural e não também se equipara, variando as amostras no tipo de partos (mais cesárias entre os clientes do NAPER).

O grupo dos que relata ter doenças é maior que o que diz não ter (a diferença é significativa, com exceção dos clientes da Escola EUA), sendo que os clientes do NAPER relatam ter mais doenças que os clientes das escolas, sendo estas doenças variadas, não havendo nenhuma que se sobressaia à outra.

Entre as doenças relatadas, aparecem muitas, com alta freqüência, que podem ter associação psicológica como ansiedade (57,2% no NAPER; 47,2 na Escola BR, e 24,1% na Escola EUA) agitação, depressão (30,2; 25,0, e 18,5% respectivamente entre os clientes do NAPER, Escola EUA e BR), distúrbio gastro-intestinais, insônia (25,6; 30,6, e 22,2 respectivamente entre os clientes do NAPER, Escola EUA e BR), dor de cabeça em quantidade notável.

Notamos que os clientes da Escola EUA têm porcentagem mais baixa nos relatos deste tipo de doenças.

Uma porcentagem significativa dos clientes de todas as amostras relata terem algum tipo de dor . Temos que quanto à sua:

- *localização*, dor nas costas, e delas as lombares, são as mais freqüente em todas as amostras. Nos clientes da Escola EUA, aparece alta incidência de relatos de dor na cintura escapular/pescoço.
- *intensidade,* apresentam grau entre graus 7-8, 3-5, e 5 nas dores A,B, e C respectivamente.
- *periodicidade,* são sobretudo crônicas, constantes ou que aparecem em situações específicas.

O conjunto destas informações é interessante à medida que mostra que as amostras se assemelham e que estas dores apresentadas são músculo-esqueléticas e percebidas como intensas e, em sua maioria, constantes.

- *Vida Emocional*

Relatam se sentir bem emocionalmente em sua maior parte.

O clientes da Escola EUA dizem se sentir melhor que os da Escola BR e do NAPER.

Os clientes de todas as amostras, em sua maioria, não fazem psicoterapia, e, se fazem, em sua maior parte o faz há menos de um ano (entre os clientes da Escola Br existe um grupo também grande que o faz há mais de 5 anos). O grupo dos que já fizeram ou não se equivale (com exceção dos clientes da Escola BR). Quando fizeram, o fizeram por até um ano. O grupo dos clientes das três amostras que não tomam psicotrópicos é significativamente maior do que o dos que o tomam.

- *Qualidade de Vida*

Estes clientes de Rolfing, em sua maioria, fazem atividade física (sendo que o fazem um pouco menos entre os clientes da escola BR e que os clientes da Escola EUA fazem muito mais que os das outras duas amostras). Entre as atividades relatadas, caminhada, ginástica são as mais freqüentes. Os clientes da Escola EUA também relatam fazerem bicicleta e corrida e fazem suas atividades físicas mais freqüentemente que os clientes das outras amostras, porém todos com freqüência alta.

Quanto à vida sexual, em todas as amostras,tem mais vida sexual ativa do que não .

A Escola EUA fica num lugar onde as atividades físicas são valorizadas e cultivadas, com muita oportunidade de vida ao ar livre, diferentemente de São Paulo, local da Escola BR e NAPER. Sua amostra, portanto, é mais orientada para atividades físicas, menos conectada com doenças de fundo emocional, sentem-se bem emocionalmente e apresentam mais dores físicas que as outras amostras.

RELATÓRIO DO CLIENTE

(preenchido pelo cliente após o processo)

Temos quatro aspectos considerados, os quais forneceram dados quantitativos neste relatório.

- *Terem ou não atingido seus objetivos*

Quanto a terem atingido seus objetivos, os clientes de todas as amostras relataram tê-los atingido, sendo significativa (p=0,00) a diferença entre este grupo e o do que não os atingiu ou os atingiu parcialmente.

- *Histórico de Saúde Física*

Neste relatório, concentraram-se as informações quantitativas sobre dores depois do processo de Rolfing e os resultados analisados constataram no referente à:

- *localização*- mais freqüentes nas costas, especialmente na região lombar e, entre os clientes da Escola EUA, nos ombros e pescoço também;
- *intensidade* – diminuiu a média em todas significativamente (menos dor C do NAPER);
- *periodicidade*- as dores diminuíram de freqüência, tendo ficado mais esporádicas ou específicas.

- *Relações Terapêuticas*

No que se refere como foi *trabalhar com seu rolfista*, bem como quando perguntados sobre o *atendimento* tanto nas Escolas como no NAPER – o grupo que diz ter tido uma experiência boa, positiva, foi significativamente maior que o que relata não ter tido. Para melhor compreensão desta resposta, precisamos considerar aqueles que não completaram o processo. Porém, numa análise das razões para a interrupção dele, temos que as razões explicitadas (com raríssimas exceções) não envolvem os profissionais ou a Instituição que acolheu o processo.

- *Dimensão Emocional*

O grupo dos clientes que disseram terem sido tocados em outras dimensões do ser foi significativamente maior, que aqueles que disseram não.

E, quanto à avaliação por parte dos clientes quanto a seu estado emocional após o processo de Rolfing, notamos que relataram que, ou melhoraram ou se mantiveram como antes do processo, não havendo casos de piora emocional, em todas as amostras analisadas.

RELATÓRIO DO ROLFISTA

(preenchido pelo rolfista em duas etapas, no início e no fim do processo)

Os elementos quantitativos presentes neste relatório dizem respeito ao número de sessões realizadas, às estratégias e às técnicas utilizadas e a se houve interrupção do processo.

Estes dados apresentados no capítulo anterior mostram as diferenças entre a escola e o NAPER, diferindo no tocante à diferença entre atividades propostas, pedagógicas ou assistenciais, tendo, neste sentido, aparecido diferenças, uma vez que nas Escolas a técnica a ser utilizada é dada de antemão, dependendo do estágio de formação do aluno e, no NAPER, existe liberdade de escolha de estratégica e de técnica.

Quanto à *Compleição do processos,* a grande maioria em todas as amostras o completou e, quando interromperam o fizeram no começo, depois da 4ª ou 7ª. (NAPER) ou depois da 7ª (Escolas).

Nota-se pouco retorno entre os clientes do NAPER. Na escola, é previsto isto, uma vez que os clientes precisam não ter passado pelo processo antes, mas não no NAPER. O baixo índice de retornos no NAPER sugere uma pesquisa entre os clientes para se averiguar as razões deste tipo de comportamento.

Comparações entre uso dos questionários nas Escolas EUA e BR

A principal preocupação aqui é verificar se as diferenças apresentadas nos resultados entre as duas escolas se devem a diferenças nas amostras; a diferenças lingüísticas decorrentes tanto da versão do questionário para o inglês como da tradução das respostas para tabulação; a diferenças culturais na compreensão do significado das perguntas, ou ainda se as eventuais diferenças culturais são reveladas mediante as respostas.

Notamos que existem muito mais semelhanças entre as respostas que diferenças.

As principais diferenças que apareceram nas respostas aos questionários nas amostras das duas Escolas mostram que as populações diferem:

- apesar de ambas terem apresentado razões Físicas para a procura do Rolfing, os clientes de classe da Escola EUA apresentaram mais razão funcional (subcategoria da categoria Física;
- com mais acidentes físicos entre os clientes da Escola EUA;
- com mais limitações físicas na Escola EUA;
- na freqüência de resposta de dor no pescoço muito diferente entre as duas Escolas;
- no que se refere aos clientes da Escola BR, por tomarem mais remédios;
- no aspecto emocional – clientes da Escola EUA se sentem melhor emocionalmente;
- quanto aos clientes da Escola EUA fazerem terapia a menos tempo;
- quanto aos clientes da Escola EUA desempenharem mais atividades físicas com mais freqüência;
- no aspecto emocional pois os clientes da Escola EUA, depois do processo, têm mais respostas “igual” e menos “Bem/melhor”.

Levantamos a hipótese de a população de clientes da escola EUA ser uma população mais orientada para atividades físicas, sendo, portanto, mais exposta à possibilidade de acidentes. A Escola EUA fica numa região do Colorado onde a prática de esportes é bastante freqüente e a vida ao ar livre incentivada culturalmente.

As diferenças nas respostas podem ser atribuídas a esta diferença na forma de vida e re referirem à identificação da população.

No tocante a limitações físicas, resta a questão se o significado atribuído a este fator é o mesmo nas duas culturas.

E, no tocante à dor no pescoço, levantamos a hipótese de ter havido critério diferente na tradução da palavra *neck*, que é pescoço, e foi, portanto, tabulada como dor nos ombros, pescoço, sendo que, em português, foi tabulado como cervicais. Este dado não foi possível de ser resgatado.

Como em todas as amostras e na população geral as dores mais freqüentes são lombares e cervicais, é pouco provável que a alta incidência de dores no pescoço, ombros se refiram parcialmente a dores no pescoço.

Na dimensão emocional, o tratamento dado a esta pergunta, que difere bastante das outras amostras, parece revelar um traço cultural na forma de se lidar abertamente com esta questão. Aponta para uma inconsciência em relação ao que se passa neste aspecto ou a um evitar

responder esta pergunta (possivelmente confirmado pela incidência de respostas bem-igual, depois do processo). Pode-se levantar a hipótese de que Rolfing pode lidar com a dimensão emocional também.

Estes dados levantados a partir das diferenças significativas e tendências diferentes mais evidentes encontradas às respostas são questionários pelos clientes de classe das Escolas EUA e BR, sugerem verificarmos a conotação lingüística e cultural ligadas a estas perguntas.

Comparações entre o uso dos questionários no NAPER e nas Escolas

O uso dos mesmos questionários no NAPER e nas Escolas trazem alguns aspectos a serem considerados.

Os questionários, em análise, são os mesmos utilizados no NAPER e nas Escolas. Por serem utilizados com propósitos clínicos, com clientes e profissionais responsáveis (alunos ou rolfistas), seria importante verificarmos: se sua utilização satisfez as necessidades de trazerem informações relevantes ao processo, ou, se existem, quais seriam as diferenças que residem no fato de serem alunos ou profissionais já formados que os estão utilizando e ainda, se faz alguma diferença serem utilizados numa Escola ou numa Instituição de atendimento, educação e pesquisa.

As principais diferenças notadas na análise destas amostras pelas das respostas foram:

- maior procura por razoes Físicas subcategoria Estrutural no NAPER que nas Escolas;
- menos acidentes no NAPER;
- mais doenças no NAPER ;
- mais cesarianas no NAPER;
- tempo de terapia –amostra dividida em mais categorias que nas escolas;
- se já fez terapia – idem;.
- menos uso de psicotrópico entre os clientes do NAPER;
- menos doenças relatadas nas escolas;
- mais atividade sexual na amostra do NAPER;
- maior provação pelos clientes das Escolas quanto ao trabalho com rolfista;
- os Clientes das Escolas relataram terem sido tocados em outros aspectos do seu Ser mais nas escolas;
- maior número de retornos no NAPER.
- menos sessões utilizando técnicas integradas nas Escolas.

Para tentar compreender as diferenças encontradas, é importante considerar que algumas das diferenças apresentadas entre as amostras podem ter ocorrido devido à diferença no N das amostras, sendo o NAPER uma amostra bastante maior (há quanto tempo faz ou por quanto tempo fez psicoterapia, mais cesarianas, menos uso de medicamentos psicotrópicos, maior atividade sexual) e também que algumas das diferenças significativas e tendências observadas podem simplesmente ser características das amostras (menos acidentes, menor uso de medicamentos psicotrópicos entre os clientes do NAPER).

Outra consideração a ser feita se refere ao fato de os clientes do NAPER virem procurar o serviço espontaneamente, enquanto que, para as Escolas, poder existir um recrutamento, caracterizando assim as amostras, e certas diferenças apresentadas podem residir neste fato (p.e. na Escola BR os clientes serem de nível sócio-econômico mais baixo, fazerem menos terapia, etc.).

Um outro fator seria que os alunos, que estão fazendo seus primeiros atendimentos clínicos, estão pouco familiarizados com os questionários, talvez justificando porque há menos doenças relatadas nas escolas.

Porém, como estudantes, estão bastante atentos a perceberem a perspectiva holística do trabalho e se engajarem com os clientes com esta visão, sendo isto uma possível explicação de por que os alunos das escolas acham que Rolfing os ajudou em outros aspectos de seu ser, ou pelo fato de os clientes terem mais procura por outros motivos, além dos Físicos – estruturais, mais presentes entre os clientes do NAPER.

O clima proporcionado por um curso de Rolfing e o empenho dos alunos no atendimento de seus primeiros clientes se refletem na diferença entre as respostas à “Como foi trabalhar com seu rolfista ?” no NAPER e nas Escolas. Apesar de alto grau de satisfação, foi ainda mais alto nas Escolas.

O estudo destes resultados porém levam a crer que, pelas repostas obtidas, os questionários podem ser os mesmos para a escola ou para o atendimento no NAPER, com exceção das perguntas ligadas ao tipo de técnica e quantidade de retornos utilizada no Relatório do Rolfista, uma vez que, nas escolas, o procedimento é padrão e não há casos de retorno neste nível de aprendizagem, e que devemos continuar a investigar seu uso nestes dois contextos.

Comparações entre o uso dos questionários no Brasil –NAPER e Escola-BR – e nos EUA – Escola EUA

Nesta análise, notamos vários resultados que foram semelhantes entre o NAPER e a Escola Br, destacando-se dos resultados apresentados pelos clientes da Escola EUA:

- razão de escolha Física Funcional;
- menos Acidentes entre os cliente no Brasil que nos EUA;
- limitações físicas – idem;
- dor nas costas maior entre os clientes do Brasil e dor nos ombros/pescoço maior entre os clientes dos EUA;
- emocionalmente sentem-se melhor nos EUA;
- mais e mais freqüente prática de atividades Física nos EUA;
- emocionalmente as amostras do NAPER e da Escola BR são mais parecidas (vide resultados descritos acima).

Buscamos, aqui, verificar se o uso dos questionários em diferentes culturas traz diferenças que precisam ser consideradas na utilização deles.

Os aspectos aqui levantados – aqueles onde as amostras NAPER se aproximou da amostra da Escola BR, diferenciando-se da amostra EUA, podem ser atribuídos a circunstâncias das amostras mais que aos questionários.

Atenção deve ser feita ao item 3 e 4, podendo haver problemas de linguagem, seja tradução ou versão dos questionários, ou ainda, ou mostrando que significados diferentes podem ter sido atribuídos à formulação das perguntas, o que trouxe estas diferenças nas respostas, apontando para diferenças cultural a serem consideradas.

A questão 7 pode levantar uma questão cultural a ser observada na aplicação dos questionários no futuro.

4.1.2. DADOS QUALITATIVOS

Verificamos, na análise das respostas, as perguntas abertas que estas trouxeram informações sobre a natureza psicobiológica do processo de Rolfing.

Algumas destas respostas revelam que mesmo antes do processo se iniciar, as intenções e as perspectivas dos clientes e de rolfistas, já incluem esta dimensão. Ou, então, elas mostram que dimensão psicobiológica se revela durante o processo, presente nas respostas que mostram o aumento de percepção, de consciência e de integração pessoal, como um resultado deste (vide sessão 3.2 do capitulo 3).

Considerando-se as três diferentes amostras, estes aspectos apareceram nas respostas abertas aos questionários.

DO PONTO DE VISTA DOS CLIENTES:

nos objetivos psicobiológicos presentes para alguns dos clientes já antes do início do processo. Isto é revelado nos temas e objetivos de clientes que se referem à busca de equilíbrio corpo-mente, de integração psicofísica, de aumento de consciência e ainda de evolução pessoal;

na percepção que alguns clientes relataram de que, ao passar pelo processo de Rolfing, sua dimensão emocional foi afetada;

- nas inúmeras referências à integração psicofísica;
- no mencionar, desejar, verificar e valorizar o aprendizado sobre si mesmos;
- nos relatos sobre desenvolvimento de consciência;
- no aumento de auto-estima relatadas;
- na percepção do afeto relacionado a seu corpo e a sua pessoa;
- na presença e alteração de quadros de ansiedade e de depressão percebidos;
- na cura de algumas comorbidades relatadas, especialmente síndromes mio-fasciais;
- na transformação da imagem do corpo reportadas;
- nos relatos de sentimentos que têm em relação a seu corpo;
- na transformação dos sentimentos experimentados em relação a si e ao seu corpo expressos;

- na experiência de relaxar, soltar e aliviar o corpo físico de tensões e suas implicações no ponto de vista emocional;
- na experiência de maior liberdade na expressão pessoal pelos movimentos com maior coordenação e percepção;
- no aumento de qualidade de vida e seus efeitos emocionais correlatos;
- na percepção de estados emocionais ligados a estados físicos;
- no se sentirem igual ou melhor emocionalmente após o processo;
- no aumento de consciência sobre si por parte de clientes;
- no alívio da dor e seus efeitos nas emoções, imagem do corpo e auto-estima;
- nos efeitos do alívio dos estados de dor na qualidade de vida relatadas;
- na experiência de poder por administrar estados de dor;
- na experiência emocional reportada e analisada pelos adjetivos utilizados nas respostas;
- na experiência da relação terapêutica no processo;
- na percepção, às vezes inesperada, da dimensão emocional experimentada nos processos;
- na experiência de confiança, segurança, alegria;
- na presença da referencia ao "sentir" nas respostas, aludindo a dimensões sensoriais ou afetivas;
- na percepção relatada de que se trabalhando pelo físico pode-se lidar com a dimensão emocional;
- na qualidade emocional experimentada após o Rolfing, revelada pelo uso de adjetivos como calmo, tranqüilo, relaxado,etc.

DO PONTO DE VISTA DOS ROLFISTAS:

- no relato de seus objetivos para o trabalho com seus clientes que incluíam dimensões psicobiológicas;
- na percepção de que alguns clientes, ao passar pelo processo foram afetados na sua dimensão emocional;
- na leitura e na estrategização do trabalho, com vistas a afetar a dimensão psicobiológica;
- no desejo de ensinar aos clientes, aumentando sua percepção e consciência dos elementos sobre sua estrutura e seu movimento;
- no cuidado em se estabelecer uma relação terapêutica eficiente;
- no desejo de ensinar aos clientes sobre a correlação entre sua forma de percepção em relação ao ambiente interno e externo e sua postura e padrões de movimento e o significado deles;
- na percepção de seus clientes sob a ótica psicobiológica na análise,

estrategização e observação de resultados enfocando deliberadamente estes aspectos;

- no relato da experiência da relação terapêutica no processo;
- no desenvolvimento de sua própria consciência;
- na percepção da mudança de consciência por parte de seus clientes;
- no cuidado presente com a relação terapeuta-paciente e com o setting profissional para conter o processo de Rolfing;
- no próprio ato de utilizar os questionários para permitir espaço para expressão dos clientes no tocante a si, a seus processos e ao atendimento;
- no utilizar os questionários para fazer uma reflexão sobre si mesmos.

Estes elementos estiveram presentes em maior ou menor grau nas respostas das três amostras às perguntas abertas da Entrevista Inicial, do Relatório de Rolfista ou do Relatório do cliente.

Nota-se que há tendências parecidas nas respostas das Escolas e do NAPER, das escolas entre si e entre os americanos e brasileiros no tocante à dimensão psicobiológica, porém vale a pena observar algumas diferenças que merecem ser observadas e, eventualmente pesquisadas.

Comparações entre as respostas dos clientes no Brasil (NAPER e Escola BR) e nos EUA (Escola EUA)

Nas respostas da amostra da Escola EUA, a dimensão psicobiológica apareceu de forma diferente, no inicio de modo mais formal intelectualizado e distanciado. Aparecem menos referências ao emocional, favorecendo a dimensão e as explicações mais objetivas e físicas. Isto aparece nos objetivos para o Rolfing, nos relatos direcionados à busca de melhora de dores físicas, ou na descrição da qualidade da relação terapêutica mediante de características objetivas do terapeuta, e não relacionais. Mostram também uma atitude em relação ao corpo que dissocia postura de vida subjetiva, tratando o corpo como algo separado das outras dimensões do ser. Não obstante as amostras seguirem as mesmas tendências gerais, percebe-se um maior distanciamento da expressão emocional, sugerindo ser este fato cultural que deve ser considerado no ensino, na formulação dos questionários e na avaliação das respostas a ele.

Esta tendência, porém, se altera nas perguntas que avaliam o processo, e a relação com o rolfista ou como falariam de Rolfing para outra pessoa, quando a menção a aspectos interpretados como de natureza psicobiológicas estão bastante presentes, no mesmo nível que

nas outras amostras, o que reforça nossa hipótese de que o uso dos questionários podem trazer à tona a percepção da dimensão psicobiológica do Rolfing.

O levantamento de freqüências feita pelo SPAD.T não pôde ser utilizado para a comparação entre estas amostras devido às diferentes estruturas das línguas inglesa e portuquesa.

Comparações entre os resultados das Escolas e do NAPER

Entre as Escolas e o NAPER também apareceram algumas diferenças interessantes, especialmente no tocante à atitude dos rolfistas, mais que dos clientes.

Os alunos das escolas mostraram-se mais abertos e perceptivos da dimensão integrativa físio-psíquica, estando referências a esta integração mais presentes em suas observações e considerações. O uso de palavras concernentes á dimensão psicobiológica estavam mais presentes em suas análise, estrategizações e avaliações.

Os relatórios dos rolfistas do NAPER tenderam a ser mais técnicos, incompletos e vagos, enquanto os dos alunos mostraram uso dos conceitos centrais ao Rolfing e sua integração ao trabalho.

As respostas, em ambos os grupos, porém, são muito variadas, mostrando que provavelmente existe uma inconsistência curricular, que levam alunos de diferentes professores a valorizarem aspectos diferentes do trabalho, enquanto que esta tendência e ainda maior entre os profissionais já formados. Esta tendência tende a ser maior no NAPER, por congregar profissionais de diferentes gerações de rolfistas, apontando ainda mais estes problemas.

Outra possível explicação para tais diferenças pode ser a atitude geral dos profissionais em comparação à dos alunos, sendo esta mais diligente que aquela.

Considerações Finais

Notamos que pelos dos resultados colhidos, tanto qualitativa quanto quantitativamente, que houve presença de elementos nas respostas que apontam para a perspectiva psicobiológica do trabalho de Rolfing, e que o gesto de pesquisar e perceber esta dimensão em si traz a tona esta perspectiva no trabalho.

4.2. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

A seguir, faremos uma análise e uma proposta de evolução dos questionários baseados na experiência que tivemos em sua elaboração, na análise das respostas deles, advindas com a tabulação dos dados. Procuraremos levar em conta seu potencial pedagógico e de pesquisa. Para tal, utilizaremos também os dados descritos no capítulo 3, nas sessões denominadas resultados, sob os subtítulos: *comentários e valor da pergunta.*

Considerações Gerais

Os questionários, com a finalidade de registro, pesquisa e educação se inserem no mesmo espírito que o conceito e prática do Rolfing e, portanto, devem refletir a visão de homem subjacente a esta teoria.

Numa visão holística, as diferentes dimensões da natureza e da experiência humana estão presentes simultaneamente e, num processo contínuo, respondem ao contexto em que acontecem, formando-o e sendo por ele formada simultaneamente.

Segundo a teoria de Rolf (1963, 1977), a força da gravidade é vista como um fator físico organizador da estrutura e funcionamento humanos e torna-se o foco central em relação às diferentes informações pesquisadas devem se referir, uma vez que Rolfing compreende o homem, sua experiência, forma e função sob este ponto de vista.

Assim, a conexão entre as dimensões apresentadas e pesquisadas pelos questionários (físicas, psicobiológicas, etc.) precisam ser relacionadas e pontes precisam ser estabelecidas entre elas, sendo a gravidade, o eixo desta pesquisa.

Assim, a organização e utilização de questionários para uma entrevista, seja ela inicial ou de fechamento de um processo, implica na formação e exercício de uma atitude no lidar com diferentes formas de conhecer: uma que implica em um modo de percepção em que, uma vez dado o estímulo através da pergunta, a informação é recebida pelo entrevistador e, outra, em que o entrevistador pode dirigir seu foco para buscar a informação. Este movimento perceptual vai do estar aberto, permitindo que o conhecimento se apresente a seu campo de consciência, recebendo a informação , ao estar focado, dirigindo sua intenção a um objetivo, pesquisando-se uma determinada variável.

A forma dos questionários e o procedimento sugeridos podem atender a um ou a ambos estes estilos, com perguntas abertas ou fechadas que se prestarão a análises quantitativas ou qualitativas ou a ambas.

A arte e o alcance da investigação implica na habilidade e na atitude dos pesquisadores em poderem passar de um modo ao outro, exercendo a riqueza do contato humano e da troca possível entre pessoas.

Quando se utilizam questionários para receber e buscar informações, temos que este fato acontece simultaneamente em duas dimensões: o buscar e a obter as informações, seja numa atitude mental focada ou aberta, e a experiência que acontece, que se produz, ao buscá-las. Isto é fato inerente e concomitante ao uso de questionários, seja no relacionamento entrevistador/entrevistado (no caso de uma entrevista inicial ou de fechamento) ou na busca de informações que se dá quando se preenche um questionário sozinho (no caso da elaboração de um relatório de cliente ou de rolfista). Assim, este ato torna-se, ao mesmo tempo, uma fonte de informações e um trabalho de se conduzir e observar a experiência produzidas por esta prática.

Como exemplo do acima postulado, quando pesquisamos uma queixa de um cliente que tem "Dor", remetendo-o a buscar informações sobre sua localização, intensidade, periodicidade ou há quanto tempo tem esta dor, sendo conduzido o cliente a se relacionar com este fato, a se remeter ao tempo e ao espaço associados a esta experiência, produzindo, assim, outra experiência, que está no processo de se pesquisar esta dor, no momento presente. Esta experiência também é um fato psicobiológico, uma vez que produz/resgata emoções, sensações e significados associados à pesquisa. A pesquisa gera conhecimento, expectativas, crenças, formas de percepção e de se colocar perante o fato, física e psicologicamente.

Ou, igualmente, quando perguntamos para um rolfista como foi trabalhar com seu cliente, ele deverá se deslocar para seu corpo, encontrar sensações e emoções que se associam a este fato, atribuir um significado à sua percepção, transformá-la em linguagem e, assim, adaptar sua estrutura, corpo, emoções e pensamentos à experiência que foi eliciada pela pergunta.

O ato de buscar informação é um ato que permite o aparecimento de consciência. Estas informações advindas desta prática podem servir ao uso clínico, pedagógico, ao uso Institucional e à pesquisa, das mais diferentes, saindo-se da dimensão individual e buscando-

se as condições de conhecimento científico desta prática, suas leis, sua adequação, sua exploração.

Estes questionários, portanto, podem ser analisados e propostos com esta múltipla perspectiva, que acontece simultaneamente. E, do ponto de vista pedagógico, formar, pela sua criação e uso, uma atitude que propicie estas formas diferentes de conhecer e seu exercício.

Com esta ótica, pretendemos, portanto, analisar e propor questionários sob a perspectiva Psicobiológica, que implica numa experiência de conhecimento mental e físico, fato psicobiológico e holístico per se.

Considerações específicas

O desenvolvimento dos questionários de 1998 até sua versão de 2004 produziram mudança em sua forma e amadureceram em sua abrangência (vide capítulo 2, item 2.2.4.) .

Esta experiência de análise e tabulação dos resultados ás perguntas dos questionários, mostrou-nos que, se por um lado trazem resultados, por outro, estes podem ser potencializados se se cuidar da estrutura, forma e conteúdo dos questionários.

Algumas perguntas abertas que precisaram de ser quantificadas *a posteriori*, requerem uma tabulação bastante uníssona. O exercício em se ensinar, sob este ponto de vista, é rico, mas ao risco de interpretação subjetiva do material apresentado é grande, e pode ser diminuído se transformadas em perguntas fechadas, e interpretadas como sendo a perspectiva de quem assinalou na escala. Abaixo, a relação destas perguntas.

Entrevista Inicial:

- Objetivos do cliente
- Como se sente em relação a seu corpo?
- Do ponto de vista emocional, como você se sente?

Relatório do Cliente:

- Você atingiu seus objetivos?
- Como foi o processo para você?
- Você acha que Rolfing ajudou você em outros aspectos do seu ser?
- Como você se sente emocionalmente apos o processo de Rolfing,
- Como foi trabalhar com seu Rolfista?", "Como foi trabalhar no NAPER?

Relatório do Rolfista

- Razões do cliente para a desistência
- Objetivos do Cliente
- Objetivos foram atingidos?
- Como foi seu processo com este cliente?

As perguntas abertas, ricas no material que delas emerge, requerem um tipo de tabulação que é trabalhosa e cara. Seu exercício é bastante válido para efeitos clínicos e pedagógicos. Para uso em pesquisa, podemos selecionar as perguntas desejadas. Portanto, sugerimos a continuidade de sua prática, especialmente se aliadas a perguntas fechadas.

Necessita-se cuidar do enunciado das questões uma vez que sua formulação dava margem a diferentes interpretações, contendo neles mais de uma pergunta.

Amostras dependentes fornecem potencial de pesquisa grande. Até então, perderam dados que poderiam levantar interessantes temas a serem investigados por não se ter considerado tais possibilidades. Abaixo, as relações sugeridas (pesquisa dos estados de saúde física e psicológica antes e depois do trabalho).

Ainda no tema das amostras dependentes, tivemos muitas perdas de dados por, no procedimento de pesquisa, não emparelharmos certas respostas correlatas (as mesmas dores antes e depois), o que implica em se ajustar o procedimento e suas instruções

Podemos aproveitar da experiência dos temas levantados nesta pesquisa, descritos no capítulo 3.2 para definir as categorias mais freqüentemente emergentes e, assim, criarmos escalas apoiadas na realidade, já observada nesta primeira tabulação destes dados. (pesquisa sobre-técnicas utilizadas, desistência, relação terapêutica, e grau de satisfação com atendimento nas Instituições, categorização da periodicidade e natureza de dores,).

Algumas perguntas permitem a comparação entre perspectivas do rolfista e do cliente, Para melhor utilizar esta possibilidade, em perguntas fechadas, precisaríamos utilizar as mesmas escalas (objetivos do cliente, como foi trabalhar com o rolfista/cliente).

Nas escalas relativas á “intensidade da dor?” apos o processo e, na pesquisa sobre ”como se emocionalmente após o processo?”, notamos que as respostas perdiam a referência do que havia sido respondido antes do processo, e dariam mais informação se acrescidas da

referencia à resposta dada no inicio do processo, para se tornarem mais comparativas. Sugerimos então a inclusão de uma escala comparativa, perguntando-se sobre como era a intensidade da dor antes do processo junto com a resposta de como a agora. O mesmo procedimento foi sugerido quanto a pesquisa sobre como se sente emocionalmente após o processo de Rolfing.

A utilização dos questionários nas Escolas

As diferenças encontradas e já relatadas no início deste capítulo, nas respostas em questionários feitos por alunos ou por profissionais são poucas, assim como as encontradas pelo uso entre alunos de duas escolas diferentes, em países diferentes. Como dissemos, estas diferenças podem ser indicativas de elementos para serem pesquisados (diferenças culturais, tradução ou versão de perguntas e de suas respostas).

As respostas dadas trouxeram informações sobre os clientes e profissionais que podem ser analisadas na perspectiva psicobiológica, e mostraram que o fato dos alunos estarem em situação de aprendizagem, no curso de profissionalização, facilitou que compreendessem os conceitos ensinados e que já os utilizassem, uma vez que apareceram mais freqüente e variadamente (vide Capítulo 3).

A inclusão deste sistema com objetivos pedagógicos é de todo recomendável, não só pelo aspecto de aprendizagem imediata, como também para o de formação de atitude de investigação, para o desenvolvimento de linguagem, para se descrever o fenômeno e, assim, seu conhecimento e reconhecimento.

As diferenças encontradas levam a pensar como a Escola pode lidar com elas de forma a potencializar a formação do rolfista. Assim, por exemplo, o fato dos americanos apresentarem menos variações nas respostas às questões emocionais no início do trabalho, leva a pensar que a forma de levar o aluno a utilizar esta questão merece ser cuidada para que, na delicadeza do contato clínico, haja uma maior possibilidade de expressão deste tipo de dados.

No tocante às diferentes doenças a serem investigadas na Entrevista Inicial, os alunos trouxeram menos dados que os profissionais do NAPER, levando-nos a imaginar que esta investigação pode ser excessiva num primeiro momento.

Para melhor potencialização do valor da prática de uso dos questionários, sugiro que os alunos da Unidade 2, fase de incorporação do trabalho, jà os utilizem. A situação de ensino, nesta Unidade do curso, inclui a troca de sessões entre os alunos. Cada aluno passa pelo processo. Se utilizarem os questionários entre si, familiarizando-se e tendo experiência com o material e, na Unidade 3, fase de aplicação clínica do Rolfing, seu uso seria mais fluente e, portanto, mais eficiente. Esta prática já começou a ser implantada em curso recente da ABR, porém seus resultados não puderam ser avaliados a tempo para esta discussão, uma vez que a classe ainda não se concluiu até a presente data.

Para os alunos da Unidade 3, fase profissionalizante, recomendaria pedir estudos de caso a serem apresentados no fim do curso, aos moldes de um Trabalho de Conclusão de Curso. Isto dirigiria o uso dos Questionários e o atendimento como um todo a um objetivo final, dando um sentido combinado de investigação e atendimento à prática clínica, gerando material científico para a comunidade, podendo-se, então, treinar os alunos a relatarem seus casos, ampliando em nível e quantidade, reflexão sobre o trabalho. Isto incrementaria a prática de discussão de casos e estabeleceria um procedimento e permitiria o aparecimento de linguagem para se falar da experiência . Este material de estudos de caso são materiais potencialmente publicáveis.

Para tal, precisaríamos prever no currículo desta Unidade, espaço didático, supervisões clínicas sistemáticas e de reflexão sobre os resultados e a atitude clínica dos alunos.

Ao nos dirigirmos ao exercício da linguagem já durante os cursos de formação, estaríamos potencializando o desenvolvimento dela à dimensão comunitária do trabalho. E, consequentemente, da possibilidade de evolução da ciência do rolfing na dimensão psicobiológica.

O uso dos questionários em diferentes países e culturas

Nesta pesquisa, tivemos duas oportunidades de verificarmos o uso de questionários para se levantar o aparecimento de material de natureza psicobiológica em diferentes culturas.

A primeira trata de levantar diferenças entre seu uso nas Escolas Brasileira e Americana, em que a situação de aplicação é a mesma: alunos na fase profissionalizante utilizando-os em atendimento com clientes de classe.

A segunda surgiu pela semelhança nos resultados entre os clientes de classe da Escola Brasileira e os clientes do NAPER, em comparação com os clientes de classe da Escola EUA. Portanto, entre as populações americana e brasileira.

As semelhanças e diferenças encontradas apontam para aspectos específicos das duas culturas que merecem ser mais investigados, já relatados acima e nas sessões 3.1 e 3.2 do capítulo 3.

Os aspectos relacionados à compreensão da intenção da pergunta ou a diferenças lingüísticas foram levantados na análise das respostas e foram considerados na revisão dos questionários e no Manual para preenchimento dos questionários (ANEXO B – Versão em Inglês).

Estes aspectos, porém, não nos levam a propor interromper o uso deles em diferentes culturas, ao contrário, nos incentiva a propor a continuidade desta investigação.

PROPOSTA PARA ALTERAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS

Temos, portanto, baseados em nossa experiência nesta pesquisa, a possibilidade de continuarmos a explorar o desenvolvimento dos questionários em sua perspectiva psicobiológica de forma universal, quer para uso pedagógico como assistencial, no Brasil ou nos Estados Unidos.

O fato de existirem questionários que possam ser utilizados internacionalmente propõe uma visão integrativa dos sistemas de atendimento clínico, de pesquisa e educacional, necessitando serem coordenados para seu melhor uso.

A seguir, propomos alterações, no procedimento de utilização em sua forma e em seu conteúdo para potencializar as possibilidades acima levantadas para uso dos questionários de uma maneira geral e especificamente para seu uso nas Escolas.

Para a inclusão de mecanismos na estrutura dos questionários que honrassem a formação atitudinal descrita na introdução desta sessão de capítulo, fechamos perguntas, criando-se escalas para perguntas que originariamente eram abertas, e estabelecemos espaço aberto, correspondentes ás perguntas fechadas. Com isto, criaram-se duas dimensões para os questionários: uma, com perguntas fechadas, de rápido preenchimento e fácil tabulação e, outra, de perguntas abertas, com a proposta de se criar espaços que ajudem no relacionamento

entre entrevistado/entrevistador e na apropriação de informações por parte dos pesquisados (clientes ou rolfistas), treinando-se e estabelecendo-se uma atitude flexível no modo de se perceber as informações.

Fizemos uma alteração na ordem das perguntas, agregando-as em relação á área pesquisada, (física, emocional, qualidade de vida, etc.), acreditando que isto ajudaria na condução do uso dos questionários.

Tentamos colocar perguntas com o mesmo número, porém com o indicativo B para as abertas, mostrando, assim, sua correlação, permitindo o usuário do questionário, ir ou não a esta dimensão da pesquisa, dependendo do desenrolar dela.

Para oferecer maior flexibilidade no uso destes instrumentos, colocou-se a opção de não se pesquisar o dado, fechado ou aberto, já na estrutura do questionário.

As sugestões, para estas transformações, foram concebidas de forma a que se pudéssemos continuar aproveitando os dados já coletados nos anos anteriores, o sistema de tabulação existente e o Banco de Dados do NAPER e das Escolas, apresentando-se mudanças compatíveis e práticas, para que não percamos dados já levantados nos últimos 8 anos e para que possamos continuar com a evolução da reflexão sobre Rolfing.

Foram revistos os questionários (Entrevista Inicial, Relatório do Rolfista, Relatório do Cliente) e a “Apresentação aos Procedimentos de Registro de Atividade Clínica e de Pesquisa NAPER” com o objetivo de se formar a atitude do pesquisador, tanto clínico como científico.

Deliberadamente, nesta revisão, que implica num processo de desenvolvimento e de formação constantes dos envolvidos, escolhemos um caminho sugestivo mais que assertivo, para que todos possamos apropriar-nos da função de pesquisadores, dentro da compreensão particular de cada pessoa vigentes no momento. Esta tese se insere no processo de pesquisa-ação em andamento no NAPER e Escolas, e, a apropriação de seus resultados está vinculada á articulação dela.

A forma final dos questionários proposta esta no ANEXO B.

O procedimento Geral implicado na aplicação dos questionários também devem sofrer clarificação e modificação descritas na revisão do Manual – Apresentação aos Registros de Atividade Clínica do NAPER (ANEXO B).

Os questionários propostos e sua utilização nas Escolas e no NAPER

Ao propor estas mudanças nos questionários,gostaríamos de poder atender as diferentes demandas e potencialidades envolvidas nesta pratica de registro.

As informações podem ser colhidas com diferentes graus de complexidade, e, como dissemos anteriormente, atender a objetivos especificamente ligados a obtenção de informação ou a formação das pessoas envolvidas, clientes ou profissionais. Esta segunda situação, implica numa atividade dirigida à mobilização de conteúdo e aumento de consciência dos participantes.

Estas diferentes intenções implicam em técnicas de manejo da entrevista diferentes e, em questionários estruturalmente diferentes no tocante a perguntas abertas ou fechadas.

Propomos portanto questionários que possam ser desdobrados.

Num primeiro nível perguntas fechadas, que podem ser agilmente respondidas, o que implica num menor tempo necessário para as entrevistas.

Numa segundo nível, as perguntas abertas que complementariam as escalas fechadas com dados qualitativos. Para a resposta a estas perguntas, ainda se pode fazer por escrito, sozinhos. Para propósitos de atendimento individual, basta o rolfista ou a Instituição lerem as respostas e colherem as informações, e o propósito das investigações estarão cumpridos, para uso em pesquisa congregando um maior numero de casos, as perguntas abertas implicam num procedimento mais complexo de tabulação, necessitando digitação, trabalhosa.

No terceiro nível, temos as perguntas sugeridas como aprofundamento a algumas das respostas recebidas nos dois primeiros estágios. Assim temos uma resposta quantitativa, vinda de uma pergunta fechada, depois uma pergunta aberta para expressão qualitativa e, conforme esta resposta, uma terceira pergunta, aberta. Por exemplo, temos:

Você atingiu seu objetivo: fornecendo-se uma escala fechada. A seguir uma pergunta aberta “Como sabe que isto aconteceu” e ainda seguida por “ como, no seu corpo você percebe isto ?

Assim, temos três versões dos questionários que se superpõe e fica a critério de quem os esta utilizando ou propondo a escolha do nível em que se estaria pesquisando.

Por exemplo, nas Escolas, o professor pode escolher a gama de técnicas utilizáveis pelo rolfista entre as que ensinou, dentre as oferecidas no currículo mínimo e checar seu uso só entre elas...

Temos portanto uma só estrutura mais abrangente para os três questionários com três subdivisões cada, atendendo ao nível de tempo disponível para a pesquisa, e aos objetivos da mesma. (recolher dados quantitativos, qualitativos ou expandir na atitude formativa envolvido na pesquisa)

Para verificação dos questionários vide ANEXO B

4.3. QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-BREF

Os resultados obtidos no Questionário de Qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-BREF vão à mesma direção que os resultados apresentados nas respostas aos questionários em observação nesta pesquisa.

No WHOQOL temos quatro domínios de investigação: físico, psicológico, social e ambiental, e, nos questionários do NAPER, também existem, na sua estrutura, perguntas investigando alguns destes mesmos aspectos.

Seus resultados mostraram mudanças significativas na percepção da Qualidade de Vida tanto entre os clientes da Escola BR como entre os clientes da Escola EUA.

Como este tipo de informação também apareceu na análise às respostas aos questionários do NAPER, estes resultados corroboram o raciocínio de que, os mesmos, são instrumentos a serem usados para a percepção e avaliação da dimensão de Qualidade de Vida também no Rolfing.

Pesquisas específicas podem ser desenvolvidas, para verificarmos que tipo de percepção dos clientes os levam a crer que sua Qualidade de Vida foi afetada e, como Rolfing afeta a Qualidade de Vida de seus clientes.

Temos entre as investigações da dimensão física nos questionários do NAPER, o inventario sobre dor, cujos resultados foram relatados no capítulo 3.3. Podemos levantar uma possibilidade de correlação entre estes resultados e a resultante mudança na percepção da Qualidade de Vida dada nas respostas ao WHOQOL-BREF. Ambas pesquisas tiveram resultados significativos.

Esta pesquisa, porém, pode e deve se expandir para averiguar a relação entre a Integração Estrutural promovida pelo Rolfing, o aumento de percepção de Integração psicofísica relatado, e o grau de auto-conhecimento reportados e observados através das respostas aos questionários do NAPER e sua correlação específica com a percepção de Qualidade de Vida.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Minha busca pessoal no início de minha carreira de rolfista, relatada na introdução deste trabalho, era na direção da investigação da integração psicofísica, na psicoterapia de abordagem corporal. Ao encontrar Rolfing e entrar em contato com seus princípios e, de forma especial, com seu norteador central- a influência da força da gravidade na organização estrutural, funcional e comportamental humanos- fui profundamente tocado. Em primeiro lugar, do ponto de vista pessoal, por viver e participar de meu próprio processo de integração por meio de um movimento que, gradualmente, me levou a perceber e sentir meu corpo e afetos diversos, minha realidade interna e o ambiente que me cercava, de forma mais presente e integrada e, posteriormente, do ponto de vista de minha atuação profissional, observar que clientes e alunos se transformavam e viviam mais plenamente suas realidades ao passarem pelo processo de Rolfing.

Dediquei, em minhas reflexões pessoais e durante minha carreira de clínico, como professor e pesquisador, ao estudo da relação entre Rolfing e psicologia de abordagem corporal. O aumento da comunidade de profissionais em Rolfing no Brasil e no mundo e, alem disso, o estabelecimento e o amadurecimento de escolas no assunto, permitem, agora, levar esta discussão a um âmbito coletivo, propiciando a evolução e transformação desta matéria.

Como professor nas escolas de Rolfing e supervisor do trabalho de profissionais rolfistas do NAPER- um núcleo de atendimento, estudo e pesquisa- notei que, em grupo, ao refletir o atendimento clinico e esboçando os primeiros passos no registro de informações, estávamos também gerando o suporte para que pudesse, agora, neste trabalho, focalizar em averiguar seu uso quanto à possibilidade de revelarem as dimensões psicobiológicas do Rolfing.

Relatei, no início deste trabalho, um vasto arcabouço de tentativas teóricas contemporâneas que dão suporte à prática e à evolução do Rolfing neste domínio, apontando a propriedade desta discussão e, apoiando-me, concretamente na prática clínica, busquei, observar e analisar os questionários desenvolvidos em pesquisa-ação realizada no NAPER e estendida às Escolas de Rolfing e seus resultados, indo, portanto, além da experiência em minha clínica particular e dos relatos assistemáticos de clientes, alunos e colegas, com a curiosidade de verificar como seria o material colhido por um grupo maior, num trabalho, então, coletivo.

Com esta prática e discussão, propus-me a verificar o valor do Rolfing para sua inserção no rol das abordagens ditas psicossomáticas, de cunho holístico, participando concomitantemente da investigação do tema e da educação dos profissionais envolvidos, uma vez que acredito que esta percepção e avaliação acontecem num só gesto, criativo, e gerador de conhecimento.

Por ter tido experiência como psicólogo na prática clínica e no ensino universitário de Abordagem Corporal em Psicoterapia, prática durante 25 anos em Rolfing e, 15 como professor desta matéria, senti a responsabilidade de trazer à tona esta dimensão do trabalho de Rolfing, dando continuidade à investigação de Ida Rolf e à discussão sobre integração psicofísica em Psicologia.

OS QUESTIONÁRIOS

Com o propósito acima descrito, propus-me, neste trabalho, verificar o alcance dos questionários desenvolvidos pelo NAPER e, mais tarde, utilizado nas Escolas de Rolfing do Brasil e dos Estados Unidos, no tocante à dimensão psicobiológica no Rolfing.

Volto a citar Maitland, o introdutor do conceito "psicobiológico" em Rolfing, por ser este o conceito central desta pesquisa e suas conclusões. Este conceito, que classicamente se refere ao estudo da biologia do comportamento, área de conhecimento que lida com a intersecção da biologia com a psicologia, e que tradicionalmente se aplicava às neurociências, aplicado ao Rolfing abre espaço para se lidar:

> ...com o que tradicionalmente se chamou de mente, e isto inclui a visão de mundo da pessoa...a habilidade de percepção da sensação de si mesmo corporalmente (*self-sensing*), a orientação perceptiva e emocional do paciente em relação a como ele percebe seu movimento, sua auto-imagem e seu lugar no mundo. (MAITLAND, 2000, p. 121).

Seu uso mostra-se pertinente, uma vez que na visão de homem de Rolf concebem-se as diferentes dimensões de experiência e manifestação humanas como fatos biológicos, definidos estruturalmente no contexto gravitacional.

Na análise quantitativa e qualitativa, realizada por meio das respostas dadas aos questionários em desenvolvimento, verifiquei que a população de clientes que procuraram Rolfing para

atendimento no NAPER ou nas Escolas de Rolfing do Brasil e dos Estados Unidos da América o fez basicamente, buscando melhorar sua postura e equilíbrio, lidar com dores físicas, aumentar a integração corpo-mente e adquirir maior percepção e consciência corporal.

Verifiquei também que as pessoas que procuraram o trabalho, saíram bastante satisfeitas com os resultados, com o atendimento e com as transformações ocorridas no processo por que passaram, e que, nas suas perspectivas, atingiram seus objetivos (vide capítulo 3).

O processo de Rolfing que tem como proposta e objetivo a facilitação da organização da estrutura no campo gravitacional e, conseqüentemente das diferentes posturas de cada instante, do movimento em cada momento da vida, provê novas formas de relação entre a pessoa e o contexto em que vive.

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

Estes resultados, relatados na percepção de clientes e profissionais, alunos ou formados, de Rolfing, corroboram não só com as propostas de Rolf e seus seguidores, como também com as noções exploradas no domínio da Psicologia de Abordagem Corporal e das neurociências contemporâneas.

Cito Gaiarsa, por ter sido precursor desta visão em Psicologia de Abordagem Corporal, e que publicou esta perspectiva em seu artigo “O Corpo e a Terra” de 1961:

> Tem sido de todo ignorado, nas teorias psicológicas vigentes, o fato de termos peso e existirmos concretamente em um campo gravitacional. A consideração detida e aprofundada deste fato, de si, evidente e simples, nô-lo mostra como absolutamente essencial para a compreensão psicossomática do homem; a compreensão, inclusive daqueles aspectos tidos como fenômenos de consciência em geral (o ego), os processos intelectuais mais abstratos, os valores morais mais finos (GAIARSA, 1991, p. 5).

Os resultados observados confirmam com o que salienta como valor e poder da relação da Gravidade com o sistema psíquico do indivíduo.

A experiência de equilíbrio, que inclui a força da gravidade é, portanto, básica para a construção de sistemas afetivos, construção e dinâmicas do eu e do *self* e, as respostas aos questionários analisadas apontam para esta direção.

Alterando-se nosso equilíbrio estático e dinâmico, alterando-se a posição do corpo e os nossos movimentos, os afetos posturalizados mudam todos as referências de nossa relação com o mundo e, no mesmo ato, modificam-se todos os parâmetros de nossa relação conosco mesmo.

As respostas dadas nos questionários ratificam estas premissas teóricas. Pude ver nas palavras, frases e temas quantificados e analisados no Capítulo 3.2, o que os clientes e rolfistas escolheram para descrever suas experiências. Além de refletir estados sensoriais do seu corpo físico (soltar, liberar, alongar, relaxar, integrar, etc.) mostraram experiências de integração de dimensões psíquicas ao vivido no processo, mostraram grau de consciência sobre si mesmos que qualificam seu "estar" no mundo, e sua experiência pessoal, física e psicológica.

Os clientes revelaram, em alta porcentagem, que, em sua percepção, sua postura mudou e que foram tocados em níveis integrativos de sua pessoa, que se expandiram, que aliviaram seus estados de dor, as quais diminuíram em intensidade e periodicidade quando não desapareceram de vez, e que, quando isto não aconteceu, passaram a lidar melhor com sua condição. Mencionam também a correlação disto com sua qualidade de vida. Relataram terem evoluído como pessoa, adquirindo um maior autoconhecimento e um melhor equilíbrio físico e emocional. Surpreenderam-se por terem sua dimensão emocional tocada pelo processo de Rolfing, abrindo-se para a percepção e para a experiência de si, de forma integrada, "fisiopsíquica".

Este ganho na percepção da própria organização estrutural, funcional e afetiva vem acompanhado, para muitos, de um maior autoconhecimento. Relatam ter sido este aumento de percepção e conhecimento o resultado mais surpreendente e inesperado do processo. Este tipo de ampliação de percepção e de consciência é grande em relação ao manifestado no início do processo.

Segundo sua criadora:

"Rolfing não trata as pessoas, mas prepara as pessoas para o tratamento pela gravidade".

“Estamos dirigindo um processo, não criando uma terapia, um processo que acontece num mundo onde existe e acontece o campo energético que é o homem.”

“Estamos usando gravidade literalmente como um instrumento de desenvolvimento e mudança da energia que é congregada no conglomerado que chamamos homem” . (ROLF *apud* Wing, 1977, p. 2).

Esta perspectiva de processo atende a uma visão profilática de saúde. O processo de transformação que ocorre com a pessoa ao soltar compensações estruturais, ao conscientizar-se de padrões posturais e de movimento, e ao se oferecer, pelo toque especializado ou pela educação de movimento, que contenham em si as noções de equilíbrio na gravidade, pode alterar a sintomatologia apresentada, o que acontece ao se encontrar este novo equilíbrio, com a utilização da gravidade como fator organizador da estrutura e do movimento. O funcionamento mais ordenado do indivíduo, por vias indiretas, afeta a saúde física e psicológica e, sobretudo, cria-se uma condição de existência que leva o indivíduo a um melhor estado de saúde.

Nesta perspectiva, estrutura, função e comportamento são aspectos de uma mesma realidade. A experiência do homem e sua manifestação estão correlacionadas e são simultâneas.

Os resultados às perguntas dos questionários levam-me a referendar as premissas levantadas pela criadora do método e pelos psicólogos e filósofos que trataram da integração psicofísica. Abre, dessa forma, o campo para pesquisas específicas e controladas sobre as condições de como e se isto de fato acontece.

Também do ponto de vista do profissional que os atendeu, houve alta porcentagem entre os rolfistas de, em sua percepção, terem atingido seus objetivos no trabalho desenvolvido com os clientes. Em maior ou menor grau, houve percepção de dimensões psicobiológicas, quer afetivas quer de aumento de conhecimento e consciência. Esta percepção se manifestou nos objetivos de trabalho, foram até um certo ponto levados em conta na organização da estratégia e nas observações sobre os resultados do trabalho, tanto no que se refere aos clientes, como no que se refere a si próprios.

O trabalho, que não se define como uma terapia, mas como algo que está além da dimensão do tratamento, em que a cura é uma conseqüência da evolução pessoal, implica e leva a uma atitude que alude ao ensinar seus conceitos.

Esses conceitos precisam ser vividos e incorporados no processo de transformação e apontam á necessidade de se cultivar a dimensão da relação pessoal, que resulta na educação, no promover e acompanhar do desenvolvimento do cliente:

“Rolfing é uma estrada, um caminho para evolução pessoal”.

“Barreiras musculares que prendem as coisas, apertando-as, precisam se abrir para se conseguir a consciência de si, de sua personalidade e de seu corpo”.

“A maturidade da personalidade psicológica depende da organização da personalidade física”.

“Discriminação de tecidos produz diferenciação entre eles, que por sua vez promove maturidade e autoconhecimento da pessoa” (ROLF, 1977).

Neste sentido, temos que os relatos quantitativos e qualitativos ligados à relação pessoal (terapêutica ou educacional), referentes às descrições feitas por clientes e rolfistas do contato entre eles, atestam que este valor, foi apontado pelos questionários.

A percepção consciente dos clientes e rolfistas, expressa por formulação cognitiva, alinha-se teoricamente às recentes noções de neurociências a respeito de percepção interna e externa e sua participação na integração formativa do universo psicobiológico do indivíduo, com a resultante formação da consciência reflexa do ser. Sugiro que os resultados ao processo de Rolfing, relatados por clientes e rolfistas nas respostas aos questionários se alinham a estas tendências teóricas, que, por sua vez, acrescentam dados científicos as propostas de ROLF

Mais uma vez vemos a propriedade e a necessidade de estudos específicos para o levantamento das condições como acontecem este processo. Os dados empíricos, desta vez fortalecidos por um número maior de respostas relatadas nesta pesquisa, dão mais suporte aos estudos e às pesquisas propostos.

Na análise, tanto quantitativa como qualitativa às respostas aos questionários, bem como na combinação destas formas de análise, independentemente da magnitude das porcentagens ou

de sua significância em relação a outras respostas, notei elementos que podem ser vistos sob a óptica psicobiológica, o que, por si só sugere colocar o Rolfing no rol das técnicas que lidam com o ser humano nesta dimensão. Isto, no meu ponto de vista, está presente na perspectiva física, na psicológica e emocional e também naquela ligada ao desenvolvimento da consciência e aprendizagem, conseqüentemente da simbolização e linguagem.

Os resultados providos pelas respostas aos questionários mostraram tanto aspectos que já estavam inerentemente vinculados à expectativa e à prática dos envolvidos no trabalho como instigaram e trouxeram à luz a percepção de elementos psicobiológicos pertencentes ao escopo do processo de Rolfing. Sua prática, portanto, mostrou ter duas dimensões: a de trazer uma informação já existente em palavras, e o de gerar consciência sobre uma determinada informação.

Os questionários, portanto, têm a qualidade de servirem como instrumento revelador da dimensão psicobiológica presente no Rolfing e de instigar esta reflexão, produzindo conhecimento necessário a dar continuidade à investigação de ROLF e seus seguidores.

Proponho uma reflexão contínua a partir de questionários, em que o exercício de concepção, aplicação, verificação de resultados e transformação dos instrumentos criados é um fato individual e coletivo que pode alavancar esta perspectiva.

Trata-se, pela aplicação destes questionários, portanto, da criação e do treinamento de uma atitude de reflexão e de investigação que pode trazer a investigação da dimensão psicobiológica existente no Rolfing a uma atitude de contínua investigação e formação pessoal simultâneas.

Aí reside o valor pedagógico destes instrumentos, pois aqueles que criaram os questionários no processo do NAPER os utilizaram, responderam as perguntas que geraram e ao fazê-lo aprenderam com estas respostas no que diz respeito à dimensão psicobiológica do Rolfing, e desta forma, este escopo se revela, produz consciência, e, permite a evolução da ciência nesta dimensão, num processo contínuo, clínico e pedagógico. Seu uso, em sala de aula, também revelaram esta tripla função destes instrumentos: ensinar, atender e pesquisar (vide capítulos 3 e 4).

Podem, porém, ser potencializados no sentido de permitir um melhor manuseio deste procedimento. Propus (capítulo 4) modificações, numa revisão crítica em função da análise de seus resultados e do potencial percebido.

Como disse, a prática de elaborar, responder e analisar questionários, implica num ato reflexo de pensamento-experiência, à medida que se estimula a percepção e se utiliza de linguagem, o que, por si só faz desenvolver a consciência, que revela e gera simultaneamente a dimensão psicobiológica, enfocada neste trabalho.

Neste encontro entre cérebro e mente, com a visão de que o ser vivo utiliza de sua capacidade lingüística estruturalmente, presente já biologicamente (MATURANA, 2002) e, que o cérebro cria a mente num funcionamento integrativo dos elementos de percepção exterior e interior, pela criação de imagens produzidas internamente que integram as informações emocionais, subjetivas, é que reside o fato psicobiológico, relatados nos trabalhos de DAMÁSIO (1994, 2002b, 2004).

Portanto, esta proposta visa a não só incrementar e potencializar os efeitos do Rolfing na dimensão do trabalho com postura (fato que em si já é um evento psicobiológico), mas também lidar com a participação da mente como entidade reflexa e sintética das dimensões fisiopsíquicas no processo, o que envolve este tipo de elaboração pensamento/experiência. .

Propus (capítulo 4) estruturar os questionários de modo a que tenham dois estratos de perguntas, e que elas se dirijam a diferentes níveis da experiência daqueles que respondem a eles ou que as fazem, uma vez que perguntas têm em si o potencial de trazerem à luz determinados elementos da experiência do cliente ou do rolfista, históricas ou atuais e que podem trazer-lhes ampliação de consciência sobre os elementos investigados.

Lidei simultaneamente, então, com duas dimensões:

1. a informativa, a coleta de dados, em que a informação é o foco, tanto por parte de quem traz como de quem recebe o dado;
2. a eliciativa, que é aquela em que se estimula o processo de buscar a informação, sendo este processo o foco e o objetivo da pergunta.

No Rolfing, freqüentemente trabalha-se no limite entre a consciência e a inconsciência, que Maitland (1995) descreve como a passagem do nível pré-reflexivo ao reflexivo da

experiência, sendo que ao se tornar reflexiva a experiência, torna-se conseqüentemente passível de intencionalidade por parte do sujeito, com as devidas correlações ontológicas, referentes à liberdade do ser e de sua asserção individual e social.

Existem diferentes níveis de percepção do funcionamento do trabalho. Aquele em que as representações sensoriais se fazem de forma automática (pelo toque, e pela mudança da postura com as sensações e percepções daí advindas, no nível do esquema corporal, inicialmente descrito por Head) e que levam naturalmente à auto-regulação e a uma nova adaptação do organismo no ambiente; uma segunda que é aquela instância, ainda inconsciente em que existiria uma noção biológica do conjunto destas informações como individualizadas e pertencentes ao indivíduo e, uma última, que seria aquela em que o indivíduo consciente atribui linguagem verbal, simbólica ao processo.

O papel da linguagem neste gesto, que é o de fazer passar a experiência para a consciência, é fundamental. Existe a necessidade de se desenvolver a linguagem, com a qual podemos nos referir a este tipo de experiência, a psicobiológica. Fazemos parte de uma ciência nascente e como grupo de profissionais ligados a uma técnica holística, somatopsíquica, este exercício pode dar forma consciente a esta prática, unindo as dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas. Assim, tratamos desta pesquisa-ação, ligada à prática clinica e educacional cotidianas.

E é, neste espírito, que reconheço que o responder aos questionários trouxe, na pratica, este tipo de elaboração para alguns clientes e rolfistas e que ao fazê-lo trouxeram a luz aspectos psicobiológicos do Rolfing, agora elaborados na reflexão que este trabalho representa com sua sugestão de continuidade de prática clínica, pedagógica e de pesquisa.

Maturana (2002), biólogo, criador da Teoria de Santiago, mostra a cognição também como um processo biológico, e a linguagem como fato estrutural do desenvolvimento e auto-reconhecimento do ser. “Como seres de linguagem, operamos no domínio básico de compreensão possível, ou seja, o domínio em que entendemos nosso viver... Somos observadores em linguagem e... sentimentos acontecem como um aspecto da auto-distinção na linguagem”.

A cognição, a linguagem e o desenvolvimento do *self* são vistos como fatos psicobiológicos, por estes autores e, neste mesmo sentido, o desenvolvimento de linguagem no Rolfing,

proporcionado pelo exercício de responder-se aos questionários propostos consolidam esta visão.

Os questionários e seu uso passam a oferecer espaço para a formação de uma linguagem e ao fazê-lo, de uma forma que inclua as perguntas de investigação somatopsíquica, permitem a observação desta dimensão, trazendo-a à luz da experiência do indivíduo, com reflexivos efeitos em sua própria experiência e extensivamente para a ciência do Rolfing como um todo, na medida que estimula as associações lingüísticas e cognitivas à experiência vivida que, por sua vez, traduz-se na consciência. Formam-se novas dimensões ao vivê-las e ao pensar sobre elas e, eventualmente, transformá-las em palavras, expressando-as em linguagem.

Proponho, também, como resultado da experiência com esta tese, a continuação do exercício da linguagem pelo rolfista, uma vez que existe também a possibilidade de utilizá-la como um instrumento de trabalho. Além de outras vantagens já relatadas, o cliente, quando dá forma à experiência pela linguagem, entra num outro nível de atividade neurofisiológica em que faz associações que permitem a articulação entre o ato de sentir e o ato da enunciação, entre o perceber e o dizer, ligadas, portanto, à simbolização e à linguagem e, sobretudo, relacionar-se com o significado de sua experiência, fazendo pontes entre as dimensões sensorial, afetiva e cognitiva. Assim, o gesto reflexivo provido pela experiência dos questionários utiliza diferentes centros cerebrais. O reptiliano, o límbico e o cortical, em si, um ato integrativo das dimensões neurológicas e das instâncias motoras, afetivas e reflexivas.

Experimentei esta função no ato de elaborar esta tese, e sinto que isto tenha se passado com quem utilizou os questionários como profissional e com os clientes que os responderam.

Espero que, este momento, pontuado pelo corte enfocado feito neste estudo, represente mais um passo num movimento coletivo, dando continuidade a um processo já em andamento, e que tenha aberto o campo para o desenvolvimento desta ciência e o estudo de suas intersecções com as demais formas de se ajudar o ser humano.

E, assim, espero também que o resultado desta ação inspire e nutra o processo do NAPER e da organização da pedagogia em Rolfing, para onde este trabalho retorna, e que seja sobretudo revolucionário no sentido de que sendo os alunos os futuros profissionais, possamos alavancar uma ciência viva e dinâmica, com a participação daqueles que terão o poder de criar e de dimensionar esta contribuição, neste legado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNEESSENS, Carol. **The fabric of wholeness: biological intelligence and relational gravity**. Santa Cruz: Quantum Institute Press, 2001.

ASHER, Jim. Rolfing and the mentally ill. **Rolf Lines**, v. 25, n. 3, p. 10-14, 1997.

BARRAL, Jean Pierre; MERCIER, Pierre. **Manipulations viscerales**. Seattle: Eastland Press, 1983.

BELL, Stuart. Spiral body hellerwork. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.39-42.

BERTOLUCCI, Luiz Fernando. Cinesioterapia. In: GREVE, J.; AMATUZZI, M. M., (Eds) **Medicina de reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Ed. Rocco, 1998. p. 47-80.

BERTOLUCCI, Luiz Fernando. Integração de segmentos corpóreos na dor músculo-esquelética. **Rolfing Bras.,** v. 10, n. 4, p. 4-8, 2003.

BERTOLUCCI, Luiz Fernando. Anatomia funcional do aparelho locomotor. In: TEIXEIRA, MANOEL JACOBSEN; YENG, LIN TCHIA, KAZIYAMA, HELENA S., (Eds). **Reabilitação da síndrome dolorosa miofascial**. São Paulo: Roca, 2005a. p. 23-28.
BERTOLUCCI, Luiz Fernando. Reorganização muscular manual (RMM) na dor crônica musculoesquelética. In: TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T.; ALMEIDA, E. F. (Eds). **Biomecânica do aparelho locomotor**. 6. ed. São Paulo: Revista do Centro de Estudos da Dor HC-FMUSP, 2005b. p. 12-24.

BERTOLUCCI, Luiz Fernando, et al. **Liberação miofascial**. São Paulo: Associacão Brasileira de Rolfing, 2005.

BOCALETTO, Yeda. Avaliações e perfis do núcleo de atendimento e pesquisa em Rolfing. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE ABORDAGEM CORPORAL, 7º, 2005, São Paulo. **Resumos...** São Paulo: Universidade Paulista, 2005.

BOCALETTO, Yeda. Avaliações e perfis dos clientes do naper. **Rolfing Brasil**, ano VII, n.19, p.4-16, 2006.

BOLESKY, Karen, et al. Soma neuromuscular integration. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.14-6.

BOND, Mary. **Balancing your body a self-help approach to Rolfing movement**. Rochester: Healing Arts Press, 1993.

BRECKLINGHAUS, Hans Georg. Welcome back Newton. **Rolf Lines**, v. 26, n. 1, p. 24-28, 1998.

CARLI-MILLS, Rebecca. The functional bridge of rolfing and movement. **Rolf Lines,** v. 26, n. 3, p. 17-24, 1998.

CASPARI, Monica. **Mindful motion: rolfing movement integration techniques**. Boulder: /s.c.p./, 1996.

CASPARI, Monica. The functional rational of the recipe. **Rolf Lines,** v. 33, n. 1, p. 4-24, 2005.

COTTINGHAM, John. **Healing through Touch.** Boulder: Rolf Institute, 1985.

COTTINGHAM, John; PORGES, Stephen W.; LYON, Todd. Effects of soft tissue mobiloization (rolfing pelvic lift) on parasympathetic tone in two age groups. **Phys Therapy**, v. 68, n. 3, p. 352-356, 1988.

COTTINGHAM, John; PORGES, Stephen W.; RICHMOND, Kent. Shifts in pelvic inclination angle and parasympathetic tone produced by rolfing soft tissue manipulation. **Phys Therapy**, v. 68, n. 9, p. 1364-1370, 1988.

D'UDINE, Bruno. Trends in darwinian medicine. **Rolf Lines,** v. 22, n. 3, p. 5-11, 1994.

D'UDINE, Bruno. An evolutionary perspective on the body mind relationship. **Rolf Line**, v. 26, n. 2, p. 39-44, 1998.

DAMÁSIO, Antonio. How the brain creates the mind. **Scientific Am.** (agosto) p.4-9, 2002a.

DAMÁSIO, Antonio. **O mistério da consciência.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002b.

DAMÁSIO, Antônio. **O erro de descartes: emoção, razão e o cérebro humano.** São Paulo: Compahia das Letras, 1994.

DAMÁSIO, Antonio. **Em busca de Spinosa, prazer e dor na ciência dos sentimentos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DELANEY, David. Ethics. **Structural integration,** v. 31, n. 3, p. 12-14, 2003.

DYCHTWALD, Ken. **Body-mind.** New York: Jove/HBJ, 1977.

EUROPEAN ROLFING ASSOCIATION. **Summitt curriculum document**. Munique: ERA, 2000.

FEITIS, Rosemary. **Ida Rolf fala sobre Rolfing e realidade física**. São Paulo: Summus, 1986.

FELDENKRAIS, Moshe. **Body and mature behavior: a study of anxiety, sex and gravitation and learning**. New York: International University Press, 1949.

FELDENKRAIS, Moshe. **Awareness through movement**. New York: Harper and Row, 1972.

FLURY, Hans. Theoretical aspects and implications of the internal/external system. **Notes Structural Integration**, v. 1, n. 1, p. 15-22, 1989.

FLURY, Hans. Normal function in notes for structural integration. **Notes Structural Integration,** v. 6, n. 1, p. 6-21, 1991.

FOSTER, Mary Ann. Educational movement systems. Colorado: Longmont, 2004. p.308.

FRANK, Kevin. Tonic function: a gravity response model for rolfing structural and movement integration. **Rolf Lines,** v. 23, n.1, p. 12-19, 1995.

FRENCH, Nicholas. Jungian psychology and rolfing. **Rolf Lines,** v. 25, n. 4, p. 15-17, 1997.

FULLER, R. B.; APPLEWHITE, E. J. **Synergetics: explorations in the geometry of thinking**. New York: The Macmillan, 1975.

GAGGINI, Liz. Gravity, motility and rolfing theory and practice. **Rolf Lines**, v. 26, n. 1, p. 20-23, 1998.

GAGGINI, Liz. Including the viscera in the rolfing process. **Rolf Lines,** v. 28, n. 1, p. 6-10, 2000.

GAGGINI, Liz. **The biomechanics of alignement.** 5. ed. Ourey; /s.c.p./, 2003.

GAIARSA, José Ângelo. **Reich 1980**. São Paulo, Agora, 1982.

GAIARSA, José Ângelo. **Couraça muscular do caráter**. São Paulo: Agora, 1984.

GAIARSA, Jose Ângelo. **O corpo e a terra**. São Paulo: Icone, 1991.

GENDLIN, Eugene. **Focusing**. 3. ed. New York: Bantam Books, 1982.

GODARD, Hubert. Education. **Rolf Lines,** v. 22, n. 3, p. 36-41, 1994.

GREENSTREET, Tim. The ethics of Rolfing: some reflections and notes. **Rolf Lines,** v. 20, n. 3, p. 37-42, 1992.

GREENWALD, Jery. Structural integration and gestal therapy. **Bull Structural Integration,** v.1, n. 2, p. 19-21, 1969.

HARDER, Willi. A six step schema. **Rolf Lines**, v. 19, n. 4, p. 20-22, 1991.

HUNT, Valerie V.; MASSEY, W. Electropyographic evaluation of structural integration techniques. **Psychoenergetic Systems**, v. 1, n. 2, p. 1-12, 1977.

HUNT, Valerie V.; MASSEY, Wayne W.; WEINBERG, Robert; BRFUYERE, Rosalyn; HALM, Pierre. **A study of structural integration from neuromuscula, energy field, and emotional approaches**. Boulder: Rolf Institute of Structural Integration, 1977.

HUNT, Valerie V.; WEINBERG, Robert. Effects of strauctural integration on state-trait

anxiety. **J. Clin. Psychology**, v. 35, n. 2, p. 319-322, 1979.

HUNT, Valerie V. **Infinite mind: science of the human vibrations of consciousness**. Malibu: Malibu, 1996.

JOHNSON, Will. The line as a mudra of transformation. **Rolf Lines,** v. 27, n. 1, p. 33-34, 1999.

KAHHALE, Edna (Org). **A diversidade da psicologia: uma construção teórica**. São Paulo: Cortez, 2002.
KEEN, Lael. The ethics of touch. **Rolf Lines,** v. 2. n. 2, p. 4-9, 1999.

KELEMAN, Stanley. **Anatomia emocional.** 3ª. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1992.

KERTAY, Les. Bodies, borderlines and boundaries. **Rolf Lines,** v. 27, n. 2, p. 17-20, 1999a.

KERTAY, Les. Psychology and ethics. **Rolf Lines,** v. 27, n. 3, p. 22-25, 1999b.

KORZYBSKY, Alfred. **Selections from science and sanity**. Englewood: Institute of General Semantics, 1948.

KURTZ, Ron. Dealing with the emotions. **Rolf Lines,** v. 20, n. 3, p. 5-9, 1992.

LATZ, John. The initiation into structural integration. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.20-4.

LE BOULCH. **Psicomotricidade**. Uberlândia: SPEED/MEC. 1983.

LEVINE, Peter. Acumulated stress, reserve, capacity and disease. **Bull. Structural Integration,** v. 6, n. 2, p. 11-25, 1977.

LEVINE, Peter. Stress and function. **Bull Structural Integration,** v. 7, n. 1, p. 20, 1980.

LEVINE, Peter. The body as healer. **Rolf Lines,** v. 19, n. 1, p. 29-38, 1997.

LEVINE, Peter. **O despertar do tigre**. São Paulo: Summus. 2002.

LEVINE, Peter. Structure and energy. **Structural Integration,** v. 32, n. 3, p. 24-25, 2004.

LUCHAU, Til. The psychology curriculum of F.O.B. **Rolf Lines,** v. 26, n. 4, p. 24-26, 1997.

LUSTFIELD, Chuck. Bioenergetics and Rolfing. **Rolf Lines,** v. 25, n. 4, p. 11-14, 1997.

LUSTFIELD, Charles. Rolfing and bioenergetics. **Rolf Lines**, v. 25, n. 4, p. 11-14, 1999.

MAITLAND, Jeffrey. What is metaphysics ? **Rolf Lines,** v. 17, n. 3, p. 6-9, 1990.

MAITLAND, Jeffrey; SULTAN, Jan. Definition and principles of Rolfing. **Rolf Lines**, v. 20, n. 2, p. 16-20, 1992.

MAITLAND, Jeffrey, Das boot. **Rolf Lines,** v. 21, n.2, p.1-7, 1993.

MAITLAND, Jeffrey. **Spacious body: explorations in somatic ontology**. Berkeley: North Atlantic, 1995.

MAITLAND, Jeffrey; COTTINGHAM, John T. A three paradigm treatment model using soft tissue mobilization and guided movement-awareness techniques for a patient with chroinc low back pain: a case study. **J Orthopedic Sports Phys Therapy,** v. 26, n. 3, 1997.

MAITLAND, Jeffrey. Radical somatics. **Rolf Lines**, v. 27, n. 2, p. 29-40, 1999.

MAITLAND, Jeffrey. **The art of Rolfing: principles, taxonomies, techniques**. Boulder: The Rolf Institute, 2000.

MAITLAND, Jeffrey, COTTINGHAM, John. Integrating manual and movement therapy with philosophical counseling for treatment of a patient with amyotropic lateral sclerosis: a case study that explores the principles of holistic intervention. **Alternative Therapies**, v. 6, n. 2. 2000.

MAITLAND, Jeffrey. Orthotropism and the unbinding of morphological potential. **Rolf Lines,** v. 29, n. 1, p. 15-24, 2001a.

MAITLAND, Jeffrey. **Spinal manipulation made simple**. Berckeley: North Atlantic Books, 2001b.

MAITLAND, Jeffrey. Cultivating the vertical: the Rolf method of structural integration. In: COUGHLIN, P., (Ed). **Principles and practice of manual therapeutics**. New York: Churchill Livingstone, 2002. p. 89-99.

MAITLAND, Jeffrey. Towards a phenomenology of biodynamic therapy. **Structural Integration**, v. 34, n. 1, p. 18-38, 2006.

MATTOLI, Paula. Reflections on the São Paulo ambulatory project. **Rolf Lines**, v. 29, n. 1, p. 5-7, 2001.

MATTOLI, Paula; BOCALETTO, Yeda. Perfis do nûcleo de atendimento, educacão e pesquisa em rolfing. In: REUNIÃO ANNUAL DA ASSOCIAÇAO BRASILEIRA DE ROLFING, 2003, São Paulo: Associação Brasileira de Rolfing, 2003. p.40.

MATURANA, Humberto Romesin. Autopoiesis, structural coupling and cognition: a history of these and other notions in the biology of cognition. **Cybernetics Human Knowing**, v. 9, n. 3-4, p. 5-34, 2002.

MAUPIN, Edward. A dynamic relationship to gravity. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.8-9.

MEISTER, Leland. Rolfing and bodynamics. **Rolf Lines,** v. 19, n. 3, p.36-39, 1991.

MELAMED, Elissa. An approach to therapeutic clarity for somatic practitioners. **Bull Structural Integration,** v. 7, n. 1, p. 22-25, 1980.

MELCHIOR, Susan. The guild for structural integration dedicated to the teatching of ida p.rolf. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.17-9.

MENEGATTI, Jose Augusto. Rolfing, função tônica e movimento. **Rolfing Bras.,** v. 11, n. 4, p. 3, 2003.

MENEGATTI, Jose Augusto. Stress e a alteração de estados de ordem em cristais liquidos biologicos. **Rolfing Bras.,** v. 12, n. 15, p. 14-18, 2004.

MERLINO, Maria Lucia Moreira. **O Rolfing como agente restaurador da comunicacão entre corpo e ambiente: a conquista do chão**. São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica)-Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

MILNE, Hugu. **The heart of listening.** Berckley: North Atlantic Books, 1994.

MINTZ, Ritchie. The magic moment. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.4-7.

MOTTA, Raquel C. **Avaliação da imagem corporal durante o processo de rolfing**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

MYERS, Thomas. **Anatomy trains.** Edinburgh: Churchill & Livingstone, 2001.

MYERS, Thomas. The anatomy trains recipe. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.25-38.

NEWTON, Aline. Breathing in the gravity field. **Rolf Lines,** v. 25, n. 4, p. 27-33, 1997.

NEWTON, Aline. New concepts of breathing anatomy and biomechanics. **Rolf Lines,** v. 26, n. 1, p. 29-37, 1998a.

NEWTON, Aline. Posture and gravity. **Rolf Lines,** v. 26, n. 2, p. 35-38, 1998b.

OLGREN, Gael; CLARK, David. Natural walking. **Rolf Lines,** v. 23, n. 1, p. 21-29, 1995.

OSCHMAN, James; OSCHMAN, Nora. Matter, energy, and the living matrix. **Rolf Lines,** v. 21, n. 3, p. 55-62, 1993.

OSCHMAN, James; OSCHMAN, Nora. Gravity lift and inertia. **Rolf Lines,** v. 26, n. 2, p. 9-19, 1998.

OSCHMAN, James. **Energy medicine**. Philadelphia: Churchill and Livingstone, 2000.

OSCHMAN, James. A new physics and other books. **Rolf Lines,** v. 29, n. 1, 36-49, 2001.

OSCHMAN, James. Connective tissue as an ennergetic and informational continuum. **Structural Integration,** v. 31, n. 3, p. 5-15, 2003.

PARRE, S. An interview with Judith Aston. In: BEECH, M, (Ed). **The 2004 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2004. p.131-143.

PERLS, Frederick S. **Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata do lixo**. São Paulo: Agora, 1979.

PORGES, Stephen. Report on Rolfing research. **Rolf Lines,** v. 20, n. 3, p. 43-44, 1991a.

PORGES, Stephen. Rolfing research. **Rolf Lines**, v. 19, n. 4, p. 28-30, 1991b.

PRADO, Pedro Otávio Barretto. **Contribuições do pensamento e obra de ida p. rolf para o trabalho com postura em psicologia**. São Paulo, 1982. 79f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clinica)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Reunião de Faculdade do Rolf Institute**. Boulder: /s.c.p./, 1995.

PRADO, Pedro Otavio Barretto, et al. **Scope of practice document: relationship**. Estes Park: Rolf Institute Annual Meeting, 1996.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. Apresentação a edição brasileira. In: ROLF, Ida P, (Ed.) **Rolfing, a integração das estruturas humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. XIII-XV.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Alongamentos estruturais: explorando e cultivando a vertical**. São Paulo: /s.c.p./, 2000.

PRADO, Pedro Otavio Barretto; MATOLLI, Paula. **Ambulatory system**. Boulder: Rolf Institute Annual Conference, 2000.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. The São Paulo ambulatory project: educational and institutional perspectives. **Rolf Lines**, v. 29, n. 1, p. 8-10, 2001.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Apostila de relações terapeuticas**. São Paulo: Associação Brasileira de Rolfing, 2003a.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Atividade Educacional do NAPER, realizações e potenciais**. In: REUNIÃO DA FACULDADE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ROLFING, 2003, São Paulo. São Paulo: Associação Brasileira de Rolfing, 2003b.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Apresentação aos procedimentos de registro de atividade clínica e de pesquisa: perfis do núcleo de atendimento, educacão e pesquisa em rolfing**. São Paulo: Associacão Brasileira de Rolfing, 2004a.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Relações terapeuticas**: São Paulo: Associação Brasileira de Rolfing, 2004b.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. **Historia do Rolf Institute: uma perspectiva tríplice**. São Paulo: Rolfing Brasil, 2004c.

PRADO, Pedro Otavio Barretto. Advanced training: an opportunity to deal with the subjective. **Structural Integration,** v. 33, n. 3, p. 45-48, 2005.

PRADO, Pedro Otavio Barretto, ALLEN, Duffy. Co-laborare. **Structural Integration,** v. 33, n. 1, p. 25-28, 2005.

PRESTERA, Hector; KURSTZ, Ron. **The body reveals.** New York: Harper and Row, 1976.

RAMACHANDRAN, V. S. **Fantasmas no cérebro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

RAMOS, Denise. **A psique do corpo**. São Paulo: Summus, 1994.

REICH, William. **La function del orgasmo.** 2. ed. Buenos Aires: Paidos, 1962.

REICH, William**. Character analysis**. 4. ed. Plymouth: Vision Press, 1976.

ROLF, Ida. Gravity: an unexplored factor in a more human use of human Beings. **J Inst Comparative Study History, Philosophy Sci**, v. 1, n. 1, p. 1-19, 1963.

ROLF, Ida P. Structural integration: a contribution to the understanding of stress. **Confinia Psychiatrica**, v. 16, n. 1, p.69-79, 1973.

ROLF, Ida P. **Rolfing: the integration of human structures**. Santa Mônica: CA Dennis Landman, 1977.

ROLF, Ida P. **Rolfing, a integração das estruturas humanas**. Trad. de Marylene Pinto Michael. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SANCHEZ, Darrell. The tuning board. **Rolf Lines,** v. 32, n. 3, p. 6-10, 2004.

SCHLEIP, Robert. Primary relexes and structural typology. **Rolf Lines**, v. 21, n. 3, p.37-47, 1993a.

SCHLEIP, Robert. Rolfing and the myofascial net. **Rolf Lines,** v. 21, n. 1, p. 22-30, 1993b.

SCHLEIP, R.; KLINGLER, W.; LEHMANN-HORN, F. Active contraction of the thoracolumbar fascia - indications of a new factor in low back pain research with implications for manual therapy. In: VLEEMING, A.; MOONEY, V.; HODGES, P. (Eds). **The proceedings of the fifth interdisciplinary world congress of low back and pelvic pain**. Melbourne: /s.c.p./, 2004.

SCHLEIP, R.; KLINGLER, W.; LEHMANN-HORN, F. Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. **Med Hypotheses**, v. 65, n. 2, p. 273-277, 2005.

SCHLEIP, R.; NAYLOR, I.L.; URSU, D.; MELZER, W.; ZORN, A.; WILKE, H.J.; LEHMANN-HORN, F.; KLINGLER, W. Passive muscle stiffness may be influenced by active contractility of intramuscular connective tissue. **Med Hypotheses** v. 66, n. 1, p. 66-71,

2006. [Epub ahead of print]

SCHLEIP, R. The European fascia research project. In: BEECH, M, (Ed). **The 2006 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2006. p.40-45.

SCHUTZ, William. **Joy: expanding human awareness.** New York: Grove Prés, 1968.

SCHULTZ, Louis; FEITIS, Rosemary. **The endless web**. Berckeley: North Atlantic, 1996.

SCHWIND, Peter. Preliminary considerations for a theory of core. **Rolf Lines**, v. 20, n. 4, p. 16-24, 1992.

SCHWIND, Peter. **Faszien-und membrantechnik**. Münchern: Urban & Fischer, 2003.

SHARAF, Myron. Talk on wilhem reich's work. **Bull Structural Integration**, v. 3, n. 2, p. 22-42, 1972.

SHORT, Bill. Rolfing in the psychiatric facility. **Rolf Lines,** v. 25, n. 3, p. 15-19, 1997.

SILLS, Franklin. **Craneosacral biodynamics**. Berkeley: North Atlantic Books, 2001.

SILVERMAN, Julian, et al. Stress, stimulus intensity control and the structural integration technique. **Confinia Psychiatrica,** v. 1, n. 16, p. 201-219, 1973.

SMITH, John. **Structural bodywork**. Edingburg: Elservier, 2005.

SOMMER, Cristoph. Content and container in structural integration. In: BEECH, M., (Ed). **Yearbook of structural integration**. Missoula: IASI, 2005. p. 127-30.

ST. JUST, Anguin; SANCHEZ, Darell. **Relative balance in an unstable world: new models for trauma education and recovery**. Berckeley: Institute for Social Trauma, 1993.

STILL, Andrew Taylor. **Philosophy and osteopathy**. Ann Arbor: Edwards Brothers, 1946.

STOLZOFF, Russell. Bodynamics and Rolfing. **Rolf Lines,** v. 25, n. 4, p. 11-14, 1997.

STUCKER, Deborah. The eletromagnetic approach to Rolfing. **Rolf Lines,** v. 27, n. 3, p. 15-17, 1999.

STUFF-DENIS, Godelieve. **Cadeias musculares e articulares**. São Paulo: Summus, 1995.

SULTAN, Jan H. Towards a structural logic. **Notes Structural Integration,** v. 1, n. 1, p. 12-16, 1986.

SULTAN, Jan H., et al. Direct and indirect techniques: a conversation. **Rolf Lines**, v. 29, n. 4, p.15-16, 2001.

The World Health Organization Quality of Life Instruments. **User's manual and interpretation guide.** Seattle: University of Washington, 2004.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14ª. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

THOMPSON, Diana L. **Hands heal: documentation for massage therapy-a guide to SOAP charting**. Seattle: /s.c.p./, 1993.

UPLEDGER, John. **Craniosacral theray**. New York: Eastland Press, 1983.
VARELA, Francisco; FRENK, Samy. The organ of form: towards a theory of biological shape. **Rolf Lines,** v.16, n. 1, p. 32-42, 1988.

VARELA, F., THOMPSON, E., ROSCH, E. **De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana**. Barcelona: Gedisa Editorial, 1992.

WALKER, Thomas; LOVEIT, Gale. Rolfing and biodynamics: a conversation with michaelshea. **Rolf Lines,** v. 32, n. 9, p. 12-13, 2004.

WALKER, Thomas. The rolf institute on structural integration: evolution of theory and training. In: BEECH, M, (Ed). **The 2005 Yearbook of Structural Integration**. Missoula: IASI, 2005. p.10-3.

WEINBERG, R. E.; HUNT, Valerie V. Interrelationships between anxiety, motor performance and electromyography. **J Motor Behavior,** v. 8, n. 3, p. 319-324, 1976.

WING, Tom. **Notas pessoais da classe avançada de Ida P Rolf**. Califórnia: Sky Ranch, 1977.

WING, Heather. Movement is not patterning. **Rolf Lines,** v. 8, n. 3, p. 21-22, 1982a.

WING, Heather. Rolfing movement integration: moviment education for everyday life. **Bull Structural Integration**, v. 8. n. 1, p. 1-9, 1982b.

ZORN, A.; CASPARI, M. Beyond the recipe-process oriented rolfing. **Structural Integration,** v. 29, n. 3, p. 9-13, 2001.

ZORN, A.; CASPARI, M. "Why do we hold up the arms while running? **Structural Integration,** v. 31, n. 4, p. 4-10, 2003.

ANEXO A

Parecer da Comissão de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP

Protocolo de Pesquisa Nº 13/2006

Programa de Pós Graduação em Psicologia Clinica da PUC-SP
Orientador(a): Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos
Autor(a): Pedro Otavio Barretto Prado

Parecer sobre o Projeto de Doutorado intitulado *Desenvolvimento e avaliação de questionários que permitam observar as transformações psicobiológicas promovidas pela aplicação do Método Rolfing de Integração Estrutural*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Face ao parecer consubstanciado elaborado pela Sra. Profª Dra. Edna Maria Peters Kahhale, o parecer do Comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 12 de junho de 2006.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godoy, 969 – Sala 63-C – Bairro Perdizes – CEP 05015-001
Tel.: (0xx11) 36708466 - FAX (0xx11) 36708466 - e-mail: cometica@pucsp.br

ANEXO B

Proposta de Questionários Revisados

- Apresentação aos Procedimentos de Registro de Atividade Clínica e de Pesquisa 451
- Entrevista Inicial 463
- Relatório do Cliente 471
- Relatório do Rolfista 475

Proposta de Questionários Revisados
VERSÃO EM INGLÊS

- Introduction 482
- Initial Interview 492
- Client´s Report 500
- Rolfer´s Report 504

APRESENTAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS DE REGISTRO DE ATIVIDADE CLÍNICA E DE PESQUISA

NAPER

núcleo de atendimento, pesquisa e educação em Rolfing®

APRESENTAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS DE REGISTRO DE ATIVIDADE CLÍNICA E DE PESQUISA

NAPER – núcleo de atendimento, pesquisa e educação em Rolfing®

O valor da pesquisa

Nós, rolfistas, que abraçamos uma profissão nova, ainda não reconhecida oficialmente, estamos criando a linguagem e os procedimentos que nos habilitarão a comunicar-nos com a sociedade, com nossos colegas, com os demais profissionais de atendimento e de serviço de saúde e mesmo com nossos clientes.

Estes procedimentos têm raízes na tradição de ensino de Rolfing, feito em grande parte por tradição oral, contando com poucos registros escritos ou livros.

Nos últimos 30 anos, nossas publicações foram feitas, em sua grande maioria, em "*Bulletin for Structural Integration*", e "*Rolf Lines",* revista atualmente denominada *"Structural Integration, the journal of the Rolf Institute"*. O conjunto das revistas estão reunidos na biblioteca da ABR e do RI e os artigos publicados estão na biblioteca eletrônica acessível em www.rolfinglibrary.com.br. Rolf Lines não é revista indexada. Existem algumas, apesar de poucas pesquisas sobre Rolfing que foram publicadas em revistas científicas reconhecidas.

O papel da pesquisa e da comunicação com o ambiente científico é crucial para o desenvolvimento de nosso trabalho e para nos afirmarmos como uma profissão com a reputação merecida e, em última análise para podermos servir a população mediante Integração Estrutural e seus benefícios.

Este cuidado reflete este nível de consciência e precisa ser cultivado, nutrido e desenvolvido por todos os membros de nossa comunidade.

Neste momento de nossa história, cabe cuidarmos de uma coerência nos currículos, na linguagem e nas altitudes clínicas utilizadas.

O NAPER, e a Escola, como braços da ABR, que se dedicam ao estudo, ao atendimento clínico e ao desenvolvimento de pesquisa é um espaço ideal para cultivarmos a uniformidade nos registros e procedimentos na comunicação.

Desenvolvemos uma série de formulários a serem preenchidos antes, durante e depois do atendimento, alguns pelo rolfista e outros pelo cliente.

Sendo o Naper um serviço que tem uma continuidade no tempo, e sendo os clientes deste serviço, atendidos por rolfistas que trabalham no NAPER, e que estes têm contratos com tempo limitado, os mesmos poderão voltar para dar continuidade a seus processos em épocas diferentes, e virem a ser atendidos por pessoas diferentes.

Os registros, portanto, precisam ter clareza e devem ser preenchidos com o espírito de deixar anotado conteúdo que comunique qualquer profissional que os leia as informações neles contidas.

O primeiro cuidado, portanto, é o de levar a sério esta tarefa, que não é mera burocracia, mas que contém as informações que poderão ser úteis a todos, para pesquisa e para discussão clínica.

Os formulários são revistos anualmente pelos membros do Naper, reapresentados ao grupo e devem ser preenchidos da forma como foram apresentados. Mesmo que o rolfista não concorde com seu conteúdo, deve fazê-lo tal como proposto, para mantermos uma uniformidade no procedimento coletivo. Modificações poderão ocorrer só nos momentos destinados å tal tarefa, por decisão coletiva e não individual.

Esta tarefa vem sendo desenvolvida juntamente com a escola da ABR e do RI. É nosso intuito que estes procedimentos tenham uniformidade e que comuniquem as informações neles contidas, a qualquer profissional que os leia.

O uso dos questionários tem simultaneamente finalidade de registro clínico, de ensino, de levantamento de dados para pesquisa e estudo.

Suas estruturas estão elaboradas de forma a serem dois questionários superpostos:

Um, de perguntas fechadas e, outro, de perguntas abertas, que se complementam.

As perguntas fechadas provêm opções de resposta preestabelecidas ou de escalas para serem assinaladas e, as abertas, tem um espaço para registro livre.

Pode-se usar o questionário *in totum* ou cada uma de suas partes isoladamente.

A natureza das perguntas (fechadas ou abertas) requerem duas atitudes diferentes para o pesquisador: receber a informação eliciada, ou buscar informação, classificando-a.

Assim, perguntas abertas remetem a classificações preestabelecidas e estas podem ser mais bem entendidas se pesquisadas de forma aberta, ou vice-versa.

Desta forma, estes questionários podem ser usados de diferentes maneiras e com diferentes intuitos e graus de profundidade nas explorações a que propõe.

Para situações em que o tempo é restrito, pode-se fazer simplesmente as perguntas fechadas, para aquelas quando a situação clínica de entrevista permitir, pode-se expandir a pesquisa com as perguntas abertas sugeridas.

A ordem delas também pode variar, iniciando-se por uma e expandindo-se para a outra, dependendo do estilo de aprender e de buscar de cada pessoa.

A familiaridade com o material e com a definição das categorias propostas abaixo ajuda no seu manuseio, é, para tanto, recomendada.

O próprio texto dos questionários provê informações sobre o procedimento e sobre os valores das escalas.

As perguntas abertas estão grafadas em negrito, e tem o mesmo número de sua pergunta complementar acrescidos de A ou B,

O NAPER desenvolveu 4 formulários distintos :

1- ENTREVISTA INICIAL

Organizada em duas partes: uma, que pode ser preenchida pelo cliente antes da entrevista com o rolfista e, outra, para ser preenchida pelo Rolfista no primeiro contato com o cliente.

Contém, em sua estrutura, pesquisa sobre os dados de identificação do cliente, sobre a indicação ao trabalho, seus objetivos, história física e emocional e sobre sua Qualidade de Vida .

Esta entrevista tem perguntas abertas e fechadas e tem objetivos clínicos e de pesquisa, tanto científica como para uso Institucional.

- Institucional- no sentido que levanta dados que visam a fornecer informações å Instituição sobre a população que atende (para eventualmente poder dirigir sua divulgação e atendimento) e å Escola, para levantar dados sobre a aplicação do Rolfing.
- Clínico- no sentido de trazer informações relevantes sobre o cliente, cuidados e indicações e contra-indicações do trabalho para com ele. Visa a estabelecer o primeiro contato e a iniciar a relação terapêutica.
- Pesquisa no sentido de se investigar as condições de aplicação e os resultados do trabalho individual e coletivamente.

2 - RELATÓRIO DO ROLFISTA

Para ser preenchido pelo Rolfista em duas etapas: no início e, no fim do processo.

É um relatório sobre o atendimento do cliente. Contém um resumo do processo, com perguntas abertas e fechadas.

No início, registram-se e classificam-se os objetivos do cliente, a análise e a estrategizacão do processo e, no fim dele, os resultados observados são encaminhados.

3 - RELATÓRIO DO CLIENTE

Para ser preenchido pelo Cliente, no fim do processo.

São perguntas abertas e fechadas e representa um espaço para o cliente manifestar-se

- quanto ao atendimento Institucional;
- quanto ao profissional que o atendeu e å relação terapêutica;
- quanto ao seu processo.

Aqui, colhem-se dados comparativos com a Entrevista Inicial e o Relatório de Rolfista com objetivos de pesquisa.

4 - RELATÓRIO DE SESSÃO

Para ser preenchido pelo Rolfista, após cada Sessão.

Os relatórios de sessão seguem o modelo SOAP, adotado universalmente na prática de terapias manuais e adaptados pela Escola Brasileira de Rolfing. Tem uso clínico consagrado e é linguagem aceita por companhia de seguros e em procedimentos judiciais.

Pode ser usado para descrever o processo como um todo ou, para cada sessão, individualmente.

No NAPER, utilizamos os questionários, nos relatórios por sessão.

Para referência bibliográfica, vide:

Thompson, Diana L. *"HANDS HEAL: Documentation for Massage Therapy – a guide to SOAP charting".* 1993, Diana L Thompson, 916 N.E. 64th, Seattle, Washington, 98115, USA.

Resumidamente, o modelo propõe anotações de informações demonstrando as perspectivas abaixo:

SUBJETIVA – são dados como os clientes os trazem, refletindo o ponto de vista do cliente. Inclui a história prévia do cliente, sintomas e questões atuais, e como o cliente lida com isto. Muitas destas informações podem ser obtidas na Entrevista Inicial e nas entrevistas antes de cada sessão.

Pedem-se informações subjetivas por, pelo menos, quatro razões:

1- ao explorar e descrever suas sensações e sentimentos sobre elas, o cliente aprende a se conectar com seu corpo, perceber sinais e necessidades, a estabelecer relações fisiopsíquicas. Frequentemente as pessoas são muito dissociadas de sua realidade somática;
2- ao registrar dados físicos ou emocionais, podemos melhor perceber e justificar o trabalho com a pessoa como um todo. Os motivos iniciais que levam a pessoa a buscar o trabalho freqüentemente estão associados a outras questões que se revelam ao longo do trabalho;
3- quanto mais específica a informação documentada, maior a possibilidade de observação dos resultados, de se comparar diferenças na evolução e de se mostrar os resultados do trabalho e do cliente mudar a forma de cuidar de si;
4- ao se ouvir atentamente o relato dos clientes, a relação terapêutica fica facilitada, ajudando a se cultivar a empatia e enriquecendo eventualmente o projeto de trabalho.

OBJETIVA – são dados como o rolfista os encontra, do ponto de vista do rolfista. Informações visuais ou táteis, resultado de testes, de resultados do trabalho prévio. É importante nos atermos somente ao domínio do nosso campo de trabalho, e ser consistentes e claros na documentação. Podem-se utilizar esquemas, desenhos ou abreviações; análises posturais, de fotografias e de vídeo. Também cabe a análise de marcha, de padrões de movimento, da amplitude do movimento articular, de padrões de tensão muscular e de padrões respiratórios. A utilização de modelos e testes aplicados deve ser mencionada para que a terminologia seja consistente. Informações que possam ser comparadas durante o processo mostram a eficiência e a progressão dele.

ACESSO – traz o que foi feito, e o resultado imediato do que foi endereçado e aconteceu; apresenta os objetivos, o projeto, sua aplicação e suas modificações durante a sessão, além de demonstrar os dados comparativos de antes e depois da intervenção. O relato pode incluir dados quantitativos e dados qualitativos. Deve-se tentar utilizar linguagem que seja descritiva, universal e consistente com a sessão em que se colocou a leitura objetiva do rolfista. Alguns resultados são difíceis de serem descritos, especialmente os qualitativos, portanto é importante ter-se em mente que outros lerão estes dados. Colocar-se no lugar do leitor, poderá ajudar a encontrar a linguagem eficaz.

PROJETO – apresentamos três aspectos.

1- Plano: em função do que o cliente trouxe, do que o rolfista viu, do projeto que executou, do que aconteceu durante a sessão, reflete-se qual é o projeto para o próximo encontro.

   Cabe também registar aspectos que não foram completos por falta de tempo, que não eram indicados para o momento além de técnicas, manobras ou procedimentos clínicos que foram particularmente eficientes; necessidades ou particularidades do cliente, que precisam ser lembrados; posições eficientes ou não; linguagem mais ou menos adequada; momentos da sessão que foram especialmente significativos ou intrigantes; idéias para a próxima sessão.

   É bom preencher este aspecto imediatamente após a sessão para que não se esqueça.

2- Freqüência das sessões: qual o ritmo de trabalho recomendado e a reavaliação desta recomendação.

3- Recomendações: aqui podemos incluir as recomendações dadas para o cliente entre os encontros e entre as sessões, incluindo-se descrição de exercícios quando for o caso. Quando o trabalho vai adiantando-se, maior a responsabilidade que o cliente toma em relação a seu ser. Cabe, portanto, registrar esta progressão e avaliação correspondente. São questões ligadas ao estilo de vida do cliente, e å aplicação do trabalho na vida diária.

   ** PARA EFEITO DE PESQUISA, TODAS AS PERGUNTAS DEVEM SER RESPONDIDAS, exceto as explicitamente mencionadas.*

Pode-se, portanto, notar que, no conjunto, estes relatórios apresentam perspectivas do Rolfista e do Cliente.

Na Entrevista Inicial e no Relatório do cliente, os dados são trazidos pelo cliente. Eles revelam o nível de consciência, o nível de percepção dele, ou seja, corresponde ao nível subjetivo.

Já, no Relatório do Rolfista e nos Relatos de Sessão, aparece a avaliação do Rolfista. Isto corresponde ao nível objetivo.

Os questionários, em sua concepção e organização, propõem uma reflexão que pelo simples fato de serem executados levam rolfista e rolfado a uma atividade mental e emocional que implica num gesto reflexivo que traz consciência sobre os elementos pesquisados.

Esta prática portanto visa, além de obter os dados necessários para a prática do Rolfing, a servir de Instrumento de tomada de consciência, provendo uma experiência que se consuma no próprio gesto de ser executada. São, portanto, práticas que fazem, simultaneamente, parte do processo de Integração da Estrutura mediante os diferentes níveis de experiência da pessoa (físico, emocional, espiritual e cultural).

DEFINIÇÃO DE TERMOS E CATEGORIAS

Lidamos com um sistema holístico. O ponto de vista filosófico que embasa nosso pensamento e procedimento clínico é monista, holístico, e este modelo postula uma integração psicofísica. Acreditamos na unidade das dimensões do fenômeno humano, e que a transformação num nível do ser implica na transformação noutro nível. Nossa metodologia é basicamente somática, e visa å Integração da estrutura física do ser no campo gravitacional pela manipulação de tecido conjuntivo e de educação pelo movimento (técnicas principais utilizadas).

A consciência, as queixas e os objetivos do cliente e do rolfista podem estar em diferentes instâncias do ser. O reconhecimento destes vértices pode ajudar na escolha de técnicas que sejam mais propícias a acessar a queixa e os padrões corporais e de movimento associados.

A verificação de resultados, se seguirem as mesmas categorias da leitura e classificações do início do trabalho (dados pela entrevista inicial), poderá fornecer rico material para a compreensão dos efeitos do trabalho com o cliente pelas diferentes categorias.

Jeff Maitalnd, em artigo escrito em conjunto com John Cottingham:

"INTEGRATING MANUAL AND MOVEMENT THERAPY WITH PHILOSOPHICAL COUNSELING FOR TREEATMENT OF A PATIENT WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS: A CASE STUDY THAT E4XPLORES THE PRINCIPLES OF HOLISTIC INTERVENTION" (Aletrnative Therapies, march 2000. Vol. 6. No 2) publicou, pela primeira vez em revista indexada (que serve como referencia para publicações cientificas), as categoriais de acesso em terapias holísticas.

Na proposta abaixo, baseei-me em suas definições, revisando a organização destas categorias, mas mantendo sua definição original e acrescentando textos às modificações propostas.

Jeff Maitland propõe 4 categorias:

- Estrutural/Geométrica;
- Funcional;
- Energética;
- Orientação Psicobiologica.

Abaixo, sugerimos a modificação proposta, que poderá e deverá ser revista para que reflita a realidade de como trabalhamos, Especial atenção deve ser dada å compreensão das definições destas categorias para rumarmos ao estabelecimento de linguagem com significados de compreensão coletiva.

Assim, para o momento, propomos trabalhar com as seguintes categorias de acesso:

Física – subdivididas em:

- estrutural;
- Funcional;

Psicobiológica – subdivididas em:

- emocional/psicológica;
- cultural/ambiental (visão de mundo);
- existencial/espiritual;
- energética.

A subdivisão modificada pretende ampliar e esquematizar a categorização proposta por Jeff Maitland em duas categorias mais amplas que compreendam as demais. Para efeitos de pesquisa e de tabulação, são categorias mais claras, e, por compreenderem as demais e, portanto, podem lidar com erros de distribuição por muitas categorias. Parece ser um começo mais realista, que poderá ser sofisticado eventualmente, quando tivemos maior clareza e uniformidade no uso das diferentes categorias.

Num sistema holístico, poderíamos teoricamente "traduzir", fazer pontes de um nível para o outro e observar a relação simultânea entre estes níveis (por exemplo descrever uma queixa emocional na estrutura física, ou saber qual é a resposta no nível emocional de uma intervenção física, ou ainda conhecer qual é a manifestação espiritual de uma transformação que ocorre a nível emocional…)

O Rolfing é terapia que atua pela organização da estrutura somática tendo aí seu vértice, suas técnicas e práticas. Parte do somático para o ser, como um todo.

As queixas, o nível de consciência e os objetivos do cliente podem estar presentes em qualquer um destes níveis. Também o planejamento, a escolha de técnicas, as decisões de procedimentos clínicos por parte do rolfista podem estar baseados na percepção deste todo e se dirigir especificamente a uma destas camadas, e os efeitos e resultados do trabalho podem ser observados mediante todo o espectro de experiências possíveis da pessoa.

Mais de uma destas categorias podem estar presentes nas respostas.

É importante para nossos objetivos (educacionais, clínicos, de comunicação e de pesquisa) que experimentemos e tentemos utilizar esta nomenclatura e que, ao fazê-lo, que o façamos de forma uníssona.

A seguir, uma primeira tentativa de definir os âmbitos destas categorias. As definições de Jeff Maitalnd estarão em itálico:

FISICO

Quando os objetivos, as queixas, as descrições (tanto o rolfista como o cliente) usam vocabulário e gestos que se referem ao corpo, em seu aspecto concreto, material. Pode ser ao corpo como um todo, a uma ou mais partes dele, isoladamente ou em relação, podendo aparecer nas seguintes subdivisões:

estrutural: referem-se a quando se faz menção ao corpo, a partes do corpo ou relações entre elas, (p.e. dor nas costas, arco do pé alto, incômodo nos ombros, postura desorganizada, alivio de tensões no corpo, etc)

funcional: quando as referências envolvem funções físicas, atividades fisiológicas ou, menção a movimento e desempenho (p.e. respiração curta, dor nos pés e no quadril ao caminhar, intenção de melhorar performance nos esportes, etc.);

Segundo Maitland (pág. 120)

> *A taxonomia estrutural envolve o acesso ao alinhamento biomecânico e geométrico do corpo. Esta categoria pode ser operacionalizada através de posições segmentares ou geométricas, através de topografia computadorizada..*
>
> *A taxonomia funcional envolve a avaliação da qualidade e economia de movimentos. Por exemplo, em adultos mais velhos esta taxonomia pode ser operacionalizada pela avaliação do tempo na mobilidade e por testes de equilíbrio.*

PSICOBIOLÓGICO

Quando os objetivos, queixas e descrições do cliente ou do rolfista usam vocabulário e/ou gestos que se refiram a estados não físicos.

Segundo Maitland (pág. 121):

> *A taxonomia da orientação psicobiológica se refere ao que tradicionalmente se chama "mente" e inclui a visão de mundo (worldview). Esta taxonomia inclui habilidade do corpo de se sentir, a orientação emocional e perceptiva do paciente em relação a como ele vê seu movimento, sua auto-imagem, seu lugar no mundo. A taxonomia "visão de mundo" pode ser operacionalizada através de relatórios pessoais e de inventários.*

Psicológico/Emocional/Visão de Mundo - Quando a queixa ou objetivos se referem a estados psíquicos. Estes são os fatores motivacionais que geram o comportamento, colocando o ser em movimento. ou se organizam em padrões de sentimentos e comportamentos (p.e. estresse, ansiedade, insegurança, angústia,

medo, amor, raiva, depressão…). Atenção, então, ao vocabulário utilizado e å linguagem corporal que acompanha a queixa.

Freqüentemente aparecem questões ligadas å *imagem do corpo, å auto-estima e ao esquema corporal* do cliente. Por auto–estima, entendemos o afeto, o apreço, o prazer que se tem por si mesmo, o quanto o cliente gosta de si, e, por imagem do corpo, a representação mental que o cliente tem de como é corporalmente, o mapa de si mesmo construído por experiências sensoriais e afetivas ao longo da vida. Esquema corporal é a representação neurológica que o cliente tem do seu corpo.

Inclui-se, nesta categoria, a percepção de si do ponto de vista sensorial e os modos de percepção do indivíduo. É comum problemas de postura virem acompanhados de distúrbios nestas áreas.

Referência a traumas e história de vida podem aparecer.

Importância especial deve ser dada ao universo de significados do cliente.

O significado que as partes do corpo, isoladamente e como um todo têm, estão diretamente relacionadas com estrutura e função, vindo junto com o afeto, o apreço experimentado em relação a si mesmo, definindo a forma de perceber e se orientar em relação a si e ao mundo.

Portanto, nesta categoria nos preocupamos com imagem do corpo, auto-estima, esquema corporal, modos de percepção e formas de orientação a elas conectadas e ao universo de significados inerentes ao mapa da pessoa e sua identidade.

Cultural/Ambiental – A interação do indivíduo com seu contexto também formam seu corpo e movimento. Alguns relatos fazem menção a padrões que pertencem a um grupo cultural (cabeça baixa e passos curtos para a mulher japonesa, peito inflado e olhar por cima para o americano, super-herói, barriga reta para a Garota de Ipanema, andar direto e objetivo para o trabalhador da bolsa de valores, movimento lado-lado e lento para o “rapper” da periferia urbana de São Paulo ou de Nova Iorque), a um certo momento histórico (os espartilhos rígidos da era vitoriana, o relaxado hippie...). A postura, o movimento, os sentimentos podem ser moldados culturalmente vêm atrelados a significados pessoais e conceitos que são definidos por estes padrões culturais.

Esta categoria muitas vezes se sobrepõe å categoria anterior, uma vez que existem experiências oriundas do pertencer a um grupo social e que moldam experiências psicológicas. Fases de desenvolvimento psicológico são também características de um grupo que se auto-refere na criação e na manutenção de padrões posturais. (p.e. a adolescente que tem o tórax fechado, e que compartilha esta mesma postura com todo seu grupo

social...). Para sua classificação, deve-se sempre observar o nível de consciência do cliente, como ele se refere a seus objetivos.

Existencial/ Espiritual – Nesta categoria, nos referimos a quando o objetivo e relatos dos clientes vêm conectados ao aspecto transformacional do Rolfing. Buscam o desenvolvimento de seu ser, o auto-conhecimento, a viabilização e a expressão de um potencial pessoal, um nível maior de Integração de seus diferentes aspectos.

Apesar de terem escolhido um caminho que usa a via somática (ou até por isto mesmo) o cliente tem um objetivo de crescimento de seu ser em dimensões que são além da dimensão física. Às vezes, são claramente mencionadas pelos clientes e, outras vezes, podemos induzir esta gama de objetivos. (p.e. " Pôr algo para fora...", "ser mais eu mesmo, me conhecer melhor", "atingir um estado mais elevado" "crescer como pessoa"etc.)

Aqui inclui-se o que definimos anteriormente como objetivos "ontológicos", que são explicitamente ligados ao desenvolvimento do potencial do seu SER.

Energética – *Segundo Maitland (pág. 121)*

> *A categoria energética se relaciona aos campos energéticos e fluxos que são transmitidos através do corpo. A taxonomia energética pode ser operacionalmente medida através das micro-correntes que são transmitidas pela rede de tecido conjuntivo. A atividade autônoma medida pela variação da pulsação do coração também foi usada como medida da taxonomia energética.*

Esta categoria é uma das mais difíceis de ser operacionalizada, uma vez que os conceitos de energia são utilizados de forma muito randômica e podem referir-se a uma infinidade de conceitos diferentes e até antagônicos. As teorias que falam de energia estão longe de chegarem a consenso sobre este fenômeno. Às vezes, são esotéricas; outras vezes, eletromagnéticas; outras vezes, usam conceitos de física quântica.

Não por isto podemos nos esquivar de discutir o termo em nossa ciência e em nossa prática cotidiana.

O nível energético geral de uma pessoa também pode ser chamado de "vitalidade" ou "força de vida". Esta vitalidade está diretamente relacionada a atividade de sistemas hormonal, imunológico e neurológico, bem como seu mau funcionamento ligado a doenças físicas e emocionais (p.e. enxaqueca, fibromialgia, bruxismo, disfunções sexuais…).

Assim, propomos utilizar o termo ligado à vitalidade.

O sistema mais tradicional que lida com energia no soma é o sistema dos Chakras, 7 centros alinhados, do básico, vital dentro da pelve até o superior, no centro da cabeça. Psicologicamente, Reich os descreve como centros formadores da Couraça Muscular do Caráter e Louis Schlutz e Rosemary Feitis em "Endless Web" descrevem um capítulo com os correspondentes arranjos de tecido conjuntivo.

O apoio que Peter Levine nos ofereceu ao tartar de observar a atividade do Sistema Nervoso Autônomo no corpo pode ser uma referência, em que as queixas e objetivos podem ser vistos como formas de se desejar regularizar a atividade do Sistema Nervoso Autônomo.

Esta categoria também pode se confundir com a categoria psicológico/emocional, que lida com a menção a estados emocionais (p.e., um assalto, que produziu um trauma com distúrbios na percepção e orientação do cliente, pode ser ao mesmo tempo uma questão emocional e energética por ser desregulador so SNA). O critério a ser adotado é o da percepção de quem faz o relatório. Se aparecerem ambas as questões, as questões são de múltipla escolha, podendo-se assinalar mais de uma causa.

Proponho ancorarmos, portanto, nossa categorização apoiados no conceito de vitalidade e aos sinais de constrição e descarga de SNA, no sobre-acoplamento de estruturas musculares (Levine, Reich e Schultz) e definirmos energia pelo fluxo trransmitido pelo tecido conjuntivo – Oschman, Maitland,Cottinghham.

Entrevista Inicial - NAPER

Data: _____ Rolfista:_____

PARTE I

PODE SER PREENCHIDO PELO CLIENTE

Nome:_____

Endereço _____ nº _____ ap____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade/estado: _____

Tel: _____ cel: _____ tel com:_____

e-mail: _____

1 - Sexo (01) masculino (02) feminino

2 - Data de nascimento: _____idade: _____

3 - Local de nascimento: _____

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

5 - Tem filhos? (01) sim (02) não

6 - (Se sim) quantos? _____

7 - Formação escolar:

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

8 - Profissão: _____

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

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

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

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

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

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

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

15 - Como ficou sabendo do Naper?

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

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

17- Se sim, com quem? _____

18 - Quantas sessões de Rolfing você fez?_____

PARTE II

PARA SER PREENCHIDO PELO ROLFISTA

19 - Por que você está procurando o Rolfing®?

FÍSICAS:	(01) Estruturais	(02) Funcionais
PSICOBIOLÓGICAS:	(03) Emocional	(04) Cultural (visão de mundo)
	(05) Espiritual	(06) Energética
OUTRAS:	(07) Interesse pela técnica	
	(08) Diversos	
	(09) Retorno	

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

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

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

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

*20 A - Comentários*_____

_____

_____

_____

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

22 - Qual (is)? _____

_____

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

_____

22 B - Como lida com isto? _____

23- Tem dor física? (01) Sim (02) Não

DOR A

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

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

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

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

_____

_____

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

_____

_____

DOR B

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

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

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

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

_____

_____

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

_____

_____

DOR C

24- Localização: _____

25- Há quanto tempo você possui esta dor? _____

26- Qual a periodicidade? _____

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

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

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

_____

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

_____

_____

DOR D

24 - Localização: _____

25 - Há quanto tempo você possui esta dor? _____

26 - Qual a periodicidade? _____

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

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

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

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

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

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

30 A - Alguma conseqüência física ou emocional ? _____

_____

_____

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

32- De quê? _____

33 - Quando? _____

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

_____

_____

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

35 - De que tipo? _____

36 - Quando? _____

34 A - O que o levou a fazê-la? _____

_____

_____

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

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

_____

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

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

41- Para quê? _____

42- Por quem foi prescrito? _____

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

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

Especificar

(a)- sistema respiratório

(b) sistema vascular

(c)- sistema imunológico

(d)- sistema ósteo-esquelético

(e)- sistema digestivo

(f)- sistema neurológico

(g)- emocional

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

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

_____

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

( ) 2 ruim

( ) 3 regular

( ) 4 bem

( ) 5 ótimo

45 A - Comentários _____

_____

_____

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

_____

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

47- Há quanto tempo? _____

_____

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

49 - Por quanto tempo? _____

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

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

Qual(is)? _____

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

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

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

_____

_____

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

59 - Qual (is)? _____

60 - Com que regularidade? _____

61- Quais são suas atividades favoritas de lazer? _____

_____

62 - Como usa seu corpo no cotidiano? _____

_____

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

_____

_____

64 - Algo mais que considera importante relatar? _____

_____

_____

Relatório do Cliente - NAPER

Data: _____ Nome do rolfista:_____

Nome do cliente:_____

ENTREGAR RELATÓRIO PARA CLIENTE PREENCHER AO FINAL DO PROCESSO

---

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

_____

_____

_____

_____

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

2A - Comentários: _____

_____

_____

_____

3 - Como foi o processo para você?

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

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

_____

_____

_____

3 B - Que mudanças você percebe? _____

_____

_____

_____

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

4 A – Comentários: _____

_____

_____

5 - Como você se sentia emocionalmente após o processo de Rolfing?
( ) 1 péssimo
( ) 2 mal
( ) 3 regular
( ) 4 bem
( ) 5 ótimo

Como você se sentia emocionalmente antes do processo de Rolfing?
( ) 1 péssimo
( ) 2 mal
( ) 3 regular
( ) 4 bem
( ) 5 ótimo

5 A – Comentários: _____

_____

_____

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

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

DOR A

7- Local da dor:_____

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

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

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

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

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

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

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

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

DOR B

7- Local da dor:_____

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

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

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

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

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

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

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

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

DOR C

7- Local da dor:_____

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

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

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

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

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

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

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

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

10 - Você tem algum comentário a fazer? _____

_____

<u>10 A</u> - Como isto afetou sua vida física e emocionalmente? _____

_____

_____

<u>10 B</u> - Que recursos você tem atualmente para lidar com suas dores ? _____

_____

_____

11- Como foi trabalhar com seu Rolfista?

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

11 A - Comentários _____

_____

_____

12 - Como foi ser atendido no NAPER?

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

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

_____

_____

13 - Como foi ser atendido numa situação grupal?

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

*13 A - Comentários*_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

15 - Algum outro comentário que gostaria de fazer ? _____

_____

_____

_____

Relatório do Rolfista - NAPER

Data do Início: _____ Data do Término: _____

Nome do rolfista:_____

Nome do cliente:_____

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

1ª vez ( ) retorno ( )

Número total de sessões: ( )

Número de sessões estruturais: ( )

Número de sessões de movimento: ( )

Número de sessões combinadas (estruturais e funcionais): ( )

Completou o processo? sim ( ) não ( )

Caso não, em que sessão interrompeu? _____
(Ter como referência a receita. Em que sessão da receita interrompeu o processo?)

Comentários:

Razões do cliente para a desistência:

Não percebeu melhoras ( ) problemas financeiros ( ) problemas de saúde ( )
resistência ao processo ( ) problemas emocionais ( ) problema com rolfista ( )
problemas de contrato com Naper ( )
Outras ( ) especificar: _____

Visão/interpretações do rolfista sobre a desistência:

Não percebeu melhoras ( ) problemas financeiros ( ) problemas de saúde ( )
resistência ao processo ( ) problemas emocionais ( ) problema com rolfista ( )
problemas de contrato com Naper ( )
Outras ( ) especificar: _____

PARTE I

Para ser preenchido no Inicio do Processo:

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

_____

_____

_____

1 - Classificação dos Objetivos do Cliente:

Físicas: (01) Estruturais

(02) Funcionais

Psicobiológicas: (03) Emocional

(04) Cultural (visão de mundo)

(05) Espiritual

(06) Energética

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

2- Leitura do Rolfista: *(O que você observa no seu cliente*) _____

_____

_____

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

_____

_____

2.2. - Análise. *(Em função dos instrumentos de leitura selecionado s qual é sua análise? Refira-se aos instrumentos de leitura assinalados na sua análise).*

_____

_____

_____

2.2 A - Como este cliente o tocou? _____

_____

_____

_____

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

Principais dimensões a serem focadas no trabalho:

- Físico - Estrutural
  - Funcional
- Psicobiológico - Emocional
  - Cultural
  - Espiritual
  - Energético

4 - Estratégias e Técnicas propostas

Receita clássica - Manipulação
Receita funcional - Movimento
Trabalho não formulistico - Estrutural/Manipulação
- Funcional/Movimento
- Integrado

Educação pelo Movimento
Toques - Direto
- Indireto
- Titulado

Trabalho com crenças e significados
Trabalho com atitudes

Especificar aspectos relevantes que mereçam atenção especial: _____

_____

_____

3 A - Como acredita que as outras dimensões da pessoa, não relatadas em seus objetivos, serão afetadas?

_____

_____

_____

PARTE II

Para ser preenchido depois do processo

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

Receita clássica — Manipulação
Receita funciona — Movimento
Trabalho não formulistico — Estrutural/Manipulação
Funcional/Movimento
Integrado
Educação pelo Movimento
Toques — Direto
Indireto
Titulado

Trabalho com crenças e significados
Trabalho com atitudes

Especificar aspectos relevantes que mereçam atenção especial: _____

_____

_____

5 - Resultados:

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

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

_____

_____

_____

6 - Relação terapêutica:

Como foi seu processo com este cliente?

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

6 A - Que aspectos da relação terapêutica do processo com este cliente você acha importante relatar?

_____

_____

_____

7 - Encaminhamentos - *Recomendações para o cliente, indicações, projetos de continuidade do processo.*

_____

_____

_____

INSTRUMENTOS DE LEITURA

FÍSICO

Estrutural:

Linha
Blocos
G e G"
Cilindros direito
esquerdo

Linhas e planos ortogonais
- linha central frontal
- linha central dorsal
- linha lateral direita
- linha lateral esquerda

Relações palintônicas
- frente-trás
- lado-lado
- em cima-embaixo
- dentro fora

Grade tridimensional eixos
- longitudinal (x)
- transversal (y)
- latero-lateral (z)

Planos sagital
- horizontal
- coronal

Robert Schleip
- flexor
- extensor

Hans Flury
- interno
- externo
- interno - joelhos enrijecidos
- regular externo

Jan Sultan
- interno
- externo
- principais Incongruências intersegmentares

Pelve- *tilt*
- anteversao
- retroversao

shift
- deslocamento anterior
- deslocamento posterior

5 elementos estruturais
- cintura pélvica
- cintura escapular
- espaço visceral
- camadas superficiais
- complexo axial

Funcional:

Preferências respiratórias
- inspiração
- expiração
- pausa
- repiração paradoxal

Análise da caminhada
Início do Movimento G
G'

Ritmo:
- rápido
- lento
- normal

Coordenação
- articular
- membros
- 5 lordoses
- principais cadeias musculares
- contralateralidade

Percepção
Visual
- focal
- periférica

Auditiva
- interna
- externa

Tátil-Sensorial
- interno
- externo
- sinestésica

Amplitude articular
- artelhos
- tornozelo
- joelhos
- coxo-femural
- sacro-iliaca
- intersegmentar na coluna
  - lombares
  - toráxicas
  - cervicais
- atlantocipital

Orientação
- espaço
- chão

PSICOBIÓLOGICO

Emocional/psicológico:

Imagem corporal
- segmentar
- global

Afetos atribuídos pelo cliente a:
- corpo como um todo
- partes do corpo

Auto-estima:
- positiva
- negativa

Significados atribuídos: - morfológicos
- funcionais
- existenciais
- espirituais

Atitudes - corporais
- pessoais

Análise de Couraça Muscular do Caráter
(Lowen, Rakomi, Keleman,outros...)

Contato com o outro

Cultural, ambiental, visão de mundo.

Principais Crenças em relação ao ambiente e ao grupo social a que pertence

Energético:

Atividade SNA -ativação - simpática
- parassimpático

Sobre e sub acoplhamento neuromuscular - hipertonia
- hipotonia

Chakras - básico- pélvico
- diafragmático
- peito - coração
- garganta
- boca
- olhos
- topo da cabeça

INTRODUCTION TO DOCUMENTATION PROCEDURES FOR CLINICAL AND RESEARCH ACTIVITY

Rolfers® like ourselves who are embracing a new profession that has not yet received official recognition, are creating the language and procedures that will enable us to communicate with society, with our colleagues and with other healthcare professionals, as well as with our own clients.

These procedures have their roots in the tradition of teaching Rolfing®, passed on largely by word of mouth and with few books or written records.

Over the last 30 years, most of our work has been published in 'Rolf Lines', a magazine with the current title of 'Structural Integration, a Journal of the Rolf Institute'. This magazine is not officially indexed and few articles on Rolfing® have been published in recognized scientific periodicals.

Research and communication with the scientific community is crucial for the development of our work, as well as for the affirmation of our profession as one with a deserved reputation, and in the final analysis, for allowing us to serve the population through structural integration and its benefits.

This care and level of awareness must be cultivated and developed by every member of our community.

At this point in our history, we must take care to ensure coherence in the structure and content of our teaching, language and the clinical attitudes we use.

We have developed 4 distinct forms for completion:

1- INITIAL INTERVIEW

To be completed by the Rolfer® at the first meeting with the client

This will contain information on identification, indication, objectives, physical and emotional history and treatment that the client has received or is receiving.

This interview contains both open and closed questions, and has both Institutional and Clinical objectives:

- Institutional, in the sense that it collects data with the aim of providing information to the institution on the population that it is treating (to which it could subsequently promote and offer its services).

- Clinical, in the sense that it provides relevant information on the client, and points requiring special care, emphasis or avoidance in subsequent treatment. This interview aims to establish a first contact and initiate a therapeutic relationship.

2- ROLFER®'S REPORT

To be completed by the Rolfer® at the start, in the middle and at the end of the process.

Contains a summary of the client process at the start and at the end of the same, with objectives and observed results.

3- CLIENT REPORT

To be completed by the client at the end of the process.

This is an opportunity for the client to express him/herself

- on the reception by the institution
- on the Rolfer® and the therapeutic relationship
- on his/her process, in terms of whether or not his/her objectives were achieved

4- SESSION REPORT

Session reports follow the 'SOAP' model, adopted universally in the practice of manual therapies and adapted by all Rolf Institute schools. This has become the established clinical standard and uses a language accepted by insurance companies and in judicial procedures.

It may be used to describe the process as a whole or for each individual session.

Within ROLF INSTITUTE, we use it for individual session reports.

Thompson, Diana L. "HANDS HEAL: Documentation for Massage Therapy – A Guide to SOAP Charting". 1993, Diana L Thompson, 916 N.E. 64th, Seattle, Washington, 98115, USA.

In summary, the model proposes the recording of information from the following points of view:

SUBJECTIVE - (Client Feedback) data in the form provided by clients from their own point of view. These include the previous history of the client, current symptoms and issues and the client's approach to dealing with these. Much of this information is obtained in the Initial Interview and the interviews preceding each session.

Subjective information is sought for at least four reasons:

1. By exploring and describing his/her own sensations and feelings, the client learns to connect to his/her body, perceive signals and needs and establish psycho-physical relationships. Individuals are often highly dissociated from their somatic reality.
2. By recording physical or emotional information we can often perceive and justify work on the whole individual more effectively. The initial motives that lead an individual to seek treatment are often associated with other issues that are revealing during work.
3. The more specific the documented information, the greater the scope for observing results, for comparing differences in evolution and demonstrating the results of the work and for the client to change his/her form of taking care of him/herself.
4. By listening carefully to accounts by clients, the therapeutic relationship is facilitated, aiding in the fostering of empathy and enriching the work project.

OBJECTIVE – data as the Rolfer® finds them, from a Rolfer®'s point of view (includes body reading). Visual or tactile information, results of tests, results of previous work. It is important for us to concentrate on mastering our field of work and to be consistent and clear in our documentation. Sketches, diagrams or abbreviations are permissible. Analyses of posture, photographs and videos. Walking analysis, movement patterns, amplitude of joint opening, muscular tension patterns, breathing patterns. Models and tests used should be mentioned to ensure consistent use of terminology. Information that may be compared during the process, showing the efficiency and progression of the same.

ASSESSMENT – what was done, the immediate result of what was addressed and what happened during the session. The objectives, the project, its application and its modifications during the session. Comparative data relating to before and after the intervention. The report may include both quantitative and qualitative data. Try to use descriptive, universal and consistent language for the session in which the Rolfer® made an objective reading. Some results are difficult to describe, especially qualitative ones. It is thus important to remember that others will read this data. Putting oneself in the position of the reader may help you to find an effective language.

PROJECT – there are three aspects here:

1- Plan: on the basis of what the client produced, what the Rolfer® observed, the project that was executed and what happened during the session, what the plan is for the next meeting.

   You should also record any tips:

   Aspects that were not completed due to lack of time, that were not suitable at the time; clinical techniques, maneuvers or procedures that were particularly effective; necessities or particular features of the client that need to be remembered; whether or not positions were efficient; more or less suitable language; moments of the session that were particularly important or intriguing; ideas for the next session.

   It is a good idea to register these points immediately after the session so that they are not forgotten, as well as those observations made to clients – tips, etc.

2- Frequency of sessions: what is the recommended pace of work/reevaluation of this recommendation.

3- Recommendations: this may be taken to include recommendations given to the client between meetings and between sessions, including a description of exercises, where appropriate.

As work progresses, the client will take greater responsibility with respect to him/herself. This progression and a corresponding evaluation should thus be recorded.

These are questions linked to the client's lifestyle and the application of the work to his/her daily life.

**FOR RESEARCH PURPOSES, ALL QUESTIONS SHOULD BE ANSWERED - except where explicitly stated*

It may thus be noted, that in general, these reports represent the perspectives of the Rolfer® and the Client

In the Initial Interview and the Client Report, data is provided by the client, and reveal the level of awareness and perception of the same. This corresponds to the subjective level.

The Rolfer®'s Report and the Session Reports include the evaluation by the Rolfer®. This corresponds to the objective level.

DEFINITION OF TERMS AND CATEGORIES

We are dealing with a holistic system. The philosophical point of view on which our thinking and clinical procedures are based is a monist one, with this model postulating psycho-physical integration. We believe in the unity of dimensions of the human phenomenon, and that the transformation at one level of being implies a transformation at another level. Our methodology is basically a somatic one, and aims at the integration of the physical structure of the human being within a gravitational field, through the manipulation of connective tissue and through education in movement (principal techniques used).

The awareness, complaints and goals of the client and the Rolfer® may operate at different levels of being. The recognition of these levels may aid in the choice of more appropriate techniques for accessing the complaint and the body patterns and associated movements.

If the verification of results follows the same categories of reading and classification as those used at the start of the work (given by the initial interview), it may provide rich material for the understanding of the effects of work with the client through these different categories.

Jeff Maitland and John Cottingham's article, 'INTEGRATING MANUAL AND MOVEMENT THERAPY WITH PHILOSOPHICAL COUNSELLING FOR TREATMENT OF A PATIENT WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS: A CASE STUDY THAT EXPLORES THE PRINCIPLES OF HOLISTIC INTERVENTION' (Alternative Therapies, March 2000. Vol. 6, N^{o}. 2) published access categories in holistic

therapies for the first time in an indexed periodical (which serves as a reference for scientific publications).

I have based my proposal below on his definitions, with minor revisions to the organization of categories, albeit maintaining his original definition and making some additions.

It should be noted that Jeff Maitland proposed 4 categories:

- Structural/Geometric
- Functional
- Energetic
- Psychobiological Orientation

I have proposed a slight modification below that should be reviewed to reflect the reality of our work, especially with regard to what we mean by each category.

In this way, I propose for the time being, to work with the following access categories:

Physical – subdivided into: Structural
Functional

Psychobiological – subdivided into:

Emotional/Psychological (world view)
Cultural/Environmental
Existential/Spiritual
Energetic

This modified subdivision aims to simplify the categorization proposed by Jeff Maitland into two broader categories that include the others. For the purposes of research and tabulation, these are clearer categories, and by virtue of the fact that they contain the others, they are able to deal with errors of distribution over many categories. This appears to be a more realistic starting point that may be refined as and when we achieve greater clarity and uniformity in the use of the different categories.

Within a holistic system, we can theoretically 'translate', and link one level with another to observe the simultaneous relationship between the two (e.g. describing an emotional complaint in terms of the physical structure, or the spiritual manifestation of a transformation occurring on an emotional level).

Rolfing® is a therapy that acts by organizing the somatic structure, and it is here that its perspective, techniques and practices lie. Hence from the somatic to the whole being.

Complaints, the level of awareness and the client's objectives may be present at any one of these levels. In addition, the planning, choice of techniques and decisions on clinical procedures by the Rolfer® may be based on the perception of this whole and be specifically directed to one of these layers, so that the effects and results of the work may be observed throughout the entire spectrum of the human being.

More than one of these categories may be present in every report.

It is important for our objectives (educational, clinical, communication and research) that we gain experience of and try to use this nomenclature in a uniform way.

I shall now make a first attempt to define the range of these categories, highlighting Jeff Maitland's definitions in italics:

PHYSICAL

Where both the Rolfer® and/or the client express objectives, complaints and descriptions in terms of vocabulary and gestures that refer to the body in its concrete, material aspect, whether to one or more parts in isolation or in relation to each other.

The structural and functional subdivisions refer to instances where the body, part of it or relationships between parts of it are mentioned (structural), or when the references involve physical, physiological functions or movement (functional).

According to Maitland (p. 120)

> *Structural taxonomy involves access to the biomechanical and geometric alignment of the body. This category may be made operational through segmentary or geometric positions, through computerized topography.*
>
> *Functional taxonomy entails the evaluation of the quality and economy of movements. For example, in older adults, this taxonomy may be made operational by evaluating time in mobility and through tests of balance.*

PSYCHOBIOLOGICAL

When objectives, complaints and descriptions by the client or the Rolfer® are expressed in vocabulary and/or gestures that refer to non-physical states.

According to Maitland (p. 121):

> *The taxonomy of psychobiological orientation refers to what is traditionally referred to as 'mind' and includes the worldview connected to the client's perception. This taxonomy includes the ability of the body to feel itself, the emotional and perceptive orientation of the patient in relation to how he/she sees his/her movement, self-image and place in the world. The 'worldview' taxonomy may be made operational through personal reports and inventories.*

Psychological/Emotional/Worldview. When the complaint or objectives refer to psychic states. These are motivational factors that generate behavior, placing the human being in movement, or that are organized into patterns of feelings or behaviors (e.g. stress, anxiety, insecurity, anguish, fear, love, rage, depression, etc.). We must thus pay attention to the vocabulary used and the body language that accompanies the complaint.

Questions linked to *self-image* and *self-esteem* often appear. We understand 'self-esteem' as meaning affection for ones' self, the pleasure we take in ourselves or how much clients like themselves, while 'self-image' refers to the client's mental representation, map of him/herself produced by sensory experiences throughout life.

This category includes perception of oneself from a sensory point of view, as well as the individual's forms of perception. Posture problems are often accompanied by disturbances in these areas.

References to trauma and life history may appear.

Special importance should be given to the client's universe of meanings.

The meaning that the parts of the body have, whether in isolation and as a whole, are directly related to structure and function, being accompanied by the affection felt in relation to oneself, thereby defining the form of perception and orientation with regard to oneself and the world.

In this category, therefore, we are concerned with self-image, self-esteem, forms of perception, forms of orientation connected to these and to the universe of meanings that are inherent in one's mental map.

Cultural/Environmental – The interaction of the individual with his/her context also form his/her body and movement.

Some reports mention certain patterns that are typical of a given cultural group (head bowed subserviently for Japanese women, chest puffed out for the American super-hero, straight belly for the Girl from Ipanema, etc.), or a certain historic moment, and each of these are associated with personal meanings and cultural concepts and patterns.

Existential/ Spiritual – This category refers to situations in which client objectives and accounts are connected to the transformational aspect of Rolfing®.

Despite having chosen a path that uses a somatic approach (or perhaps because of it), the client has an objective of growing him/herself in metaphysical dimensions. Clients may mention this clearly, or we may infer it when the client states that he/she wants to 'get something out of their system', 'be themselves more', 'reach a higher state', 'grow as a person', etc.

Under this heading, we include what we previously defined as 'ontological' objectives, linked to one's BEING.

Energetic – According to Maitland (p. 121)

The energetic category relates to energy fields and fluxes that are transmitted through the body. Energetic taxonomy may be measured in operational terms through the micro currents that are transmitted by the network of connective tissue.

Autonomous activity measured by the variation in heartbeat has also been used as a measure of energetic taxonomy.

This category is one of the most difficult to make operational, since energy concepts are used in a highly haphazard way and may refer to an infinite number of different and even antagonistic concepts. Theories that speak of energy are far from reaching a consensus on this phenomenon. Some are esoteric, some speak in terms of electromagnetism, others use concepts from quantum physics or chemistry, or even Einstein's theory of relativity.

This is not an excuse, however, for avoiding a discussion of the term in our science and daily practice.

The most traditional system that deals with somatic energy is the system of the chakras, 7 aligned centers ranging from the basic, vital chakra in the pelvis to the superior chakra in the center of the head. In psychological terms, Reich describes them as centers that form the Character Armor, while in 'Endless Web', Louis Schultz and Rosemary Feitis describe a chapter with the corresponding arrangements of connective tissue.

Another possible reference source is the assistance that Peter Levine provided us while dealing with the observation of the activity of the autonomic nervous system (ANS).

I therefore propose that we should root our categorization in the signals of constriction and discharge of the ANS, in the overcoupling of neuromuscular structures (Levine, Reich and Schultz), and define energy as the flux transmitted by the connective tissue – Oschman, Maitland, Cottingham.

INITIAL INTERVIEW – ROLF INSTITUTE

TO BE COMPLETED BY ROLFER®

DATE: _____

ROLFER®: _____

NAME: _____

ADDRESS: _____ Nº _____ APT. _____

NEIGHBORHOOD:_____ ZIP: _____

CITY/STATE: _____

TEL: _____ CEL: _____ OFFICE TEL: _____

E-MAIL: _____

1- SEX (01) MALE (02) FEMALE

2- DATE OF BIRTH: _____ AGE: _____

3- PLACE OF BIRTH: _____

4- MARITAL STATUS: (01) Single (02) Married (03) Separated
(04) Widow(er) (05) Divorced

5- CHILDREN? (01) Yes (02) No

6- (IF YES) How Many? _____

7- EDUCATION:

(01) Illiterate (02) Kindergarten (03) 1st Grade Not Completed
(04) Completed 1st Grade (05) Graduated High School (06) High School Not Completed
(07) Did Not Graduate from University (08) University Graduate (09) Higher Degree

8- PROFESSION: _____

9- PROFESSIONAL STATUS: (01) Employee (02) Professional (03) Student
(04) Homemaker (05) Retired (06) Unemployed

10- RELIGION? (01) Yes (02) No, but Spiritualist (03) No, Atheist
(99) Not Investigated

11- (IF YES) Which? (01) Catholic (02) Evangelical (03)Spiritualist (04)Jewish
(05) Muslim (06) Protestant (07) Afro-Brazilian (08) Other

12- (IF YES) Active Worshipper? (01) Yes (02) No

13- How did you learn of Rolfing®?

(01) Client of Rolf Institute (02) Rolfer® (03) Client of Rolfing®

(04) Other professional – Please Specify: _____

(05) Media – Please Specify: _____ (06) Internet

(07) Books/Bibliography

(08) Other - Please specify: _____

14 - When was the first time you heard of Rolfing®? (Date)

15- How did you find out about the Rolf Institute? / Who recommended the Rolf Institute?

(01) Class Client (02) Rolfer®

(03) Client of Rolfing®

(04) Other professionals – Please Specify: _____

(05) Media – Please specify: _____

(06) Internet

(07) Other - Please specify: _____

16- Do you have previous experience of the process? (01) Yes (02) No

17- (IF YES) with whom? _____

18- How many Rolfing® sessions have you completed?_____

PART II

19- Why have you turned to Rolfing?

Physical	(01)Structural	(02)Functional
Psychobiological	(03)Psychological/Emotional	(04)Cultural
	(05)Spiritual	(06)Energetic
Other	(07)Interest in the technique	
	(08) Others	
	(09) Return	

19-A Why have you turned to Rolfing? - A) Write using the client's words

19-B What do you expect from the Rolfing process?

20- How do you feel in relation to your body? ( )1 awful ( ) 2 bad ( ) 3 fair ( )4 well ( )5 very well

20-A Comments:

21- Would you complain of any physical limitation? (01) Yes (02) No

22- Of what kind?

22-A How does it influence your life?

22-B How do you deal with it?

23- Are you experiencing physical pain? (01) Yes (02) No

SOURCE OF PAIN A

24- Location: _____

25- For how long have you been experiencing this pain? _____

26- How frequently does it occur? _____

27- What is its intensity? Please grade the intensity of your pain on a scale of zero to ten, with zero representing 'no pain' and ten 'unbearable pain'.

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

28- History (dagnosis, tests, etc.) _____

_____

29-What steps have you already taken to treat this pain and what were the results? (medication, physiotherapy, acupuncture, RPG, massage, etc.)

_____

SOURCE OF PAIN B

24- Location: _____

25- For how long have you been experiencing this pain? _____

26- How frequently does it occur? _____

27-What is its intensity? Please grade the intensity of your pain on a scale of zero to ten.

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

28- History (Diagnosis, Tests, etc.) _____

_____

29- What steps have you already taken to treat this pain and what were the results? (medication, physiotherapy, acupuncture, RPG, massage, etc.)_____

29-A And do the pains affect you?

(physically,emotionally,quality of life,etc)

SOURCE OF PAIN C

24- Location: _____

25- For how long have you been experiencing this pain?

26- How frequently does it occur? _____

27- What is its intensity? Please grade the intensity of your pain on a scale of zero to ten.
0 ( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6 ( ) 7 ( ) 8( ) 9( ) 10( )

28- History (Diagnosis, Tests, etc.) _____

_____

29- What steps have you already taken to treat this pain and what were the results? (medication, physiotherapy, acupuncture, RPG, massage, etc.)_____

SOURCE OF PAIN D

24- Location: _____

25- For how long have you been experiencing this pain? _____

26- How frequently does it occur? _____

27- What is its intensity? Please grade the intensity of your pain on a scale of zero to ten.
0 ( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6 ( ) 7 ( ) 8( ) 9( ) 10( )

28- History (Diagnosis, Tests, etc.) _____

_____

29- What steps have you already taken to treat this pain and what were the results? (medication, physiotherapy, acupuncture, massage, etc.)

30- Have you suffered any accident or fall? Did it entail fractures, cuts, immobility or repair surgery? When did this occur? Were there any consequences? Please Specify.

30-A- Are there any consequences either physical or emotional?

31- Have you undergone surgery? (01) Yes (02) No

31-A- How was that experience from physical emotional point of view?

32- For what condition? / Where?

33- When?

34- Have you ever had plastic surgery? (01) Yes (02) No

34-A- What made you undergone it?

35- Please specify / Where?

36- When?

37- Are you currently receiving any kind of treatment? (01) Yes (02) No

38- Please specify *(Specify whether conventional medical or alternative/complementary treatment)*

39- Are you taking any medication? (01) Yes (02) No

40- Please specify _____ (01) Allopathic (02) Homeopathic/Alternative

41- For what condition?

42- Who prescribed it?

43- General investigation of aspects of physical and emotional health:

(a) Breathing system
(B) Vascular system
(C) Immunological system
(D) Ósteo-esquelético System
(E) Digestive system
(F) Neurological system
(G) Emotional

44- Do you have any other condition that deserves mention?

45 - From an emotional point of view, how do you feel?

45-A- Comments:

45-B- And How does it feel in your body?

46- Are you currently in psychotherapy? (01) Yes (02) No

47- Since when?

48- Have you previously had psychotherapy? (01) Yes (02) No

49- For how long?

50- Are you using or have you used psychotropic medication: - anxiolytics, antidepressants, sleeping pills, neuroleptics, anticonvulsants? (01) Yes (02) No

Please specify:

51- (IF YOU ARE CURRENTLY IN PSYCHOTHERAPY) Does your therapist know that you are contemplating Rolfing®? (01) Yes (02) No

FOR WOMEN ONLY

52- Have you been pregnant before? (01) Yes (02) No

53- (IF YES) How many times? _____

54- Form of childbirth:

(01) Normal birth (02) Caesarian (03) Spontaneous Abortion (04) Induced Abortion

55- Are you using an IUD? (01) Yes (02) No

****

56 -Do you have an active sex life? (01) Yes (02) No (99) Not investigated

57- Would you like to make any additional comments on this subject?

58- Do you undertake any physical activity? (01) Yes (02) No

59- Please specify

60- How regularly?

61 – What are your favorite leisure activities?

62- How do you use your body on a daily basis?

63- What are the resources you use to keep physical or emotional balance when necessary?

64- Would you like to make any further comments?

Form devised by NAPER (Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Ensino em Rolfing®) [A branch of the Brazilian Rolfing Association based in São Paulo, Brazil] .

CLIENT REPORT

GIVE REPORT TO CLIENT FOR COMPLETION AT THE END OF THE PROCESS.

NAME OF CLIENT: _____

NAME OF ROLFER: _____

DATE: _____

1- What were your goals at the start of the process?

2- Have you achieved your goals?

3- How was the process for you? What changes do you perceive?

4- Do you think that Rolfing® helped you with other aspects of your life and self besides the goals you had before? *( ) Yes ( ) No*

4- A- Comments:

5 – How do you feel emotionally after the Rolfing ® process?

5-A- Comments:

6 - If you were/are suffering physical pain, please specify each location of pain:

If you are/were suffering physical pain, please answer for each location of pain:
Please follow the order mentioned in the Initial Interview.
If you mentioned any pain that is already over ,please mention it as well
In case you feel any other pain please state it.
Please grade the intensity of the pain on a scale of zero to ten ,with zero indicating "no pain" and ten "unbearable pain"

SOURCE OF PAIN A

7- Location of pain: _____

8- What is the current frequency of this pain after the Rolfing® process?

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

- What is the current frequency of this pain before the Rolfing® process?

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

9- What is the intensity of this pain after the Rolfing® process? Please grade the intensity of this pain on a scale of zero to ten, with zero indicating 'no pain' and ten 'unbearable pain':

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

- What is the intensity of this pain before the Rolfing® process?

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

SOURCE OF PAIN B

7- Location of pain: _____

8- What is the current frequency of this pain after the Rolfing® process?

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

- What is the intensity of this pain before the Rolfing® process?

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

9- What is the intensity of this pain after the Rolfing® process? Please grade the intensity of this pain on a scale of zero to ten, with zero indicating 'no pain' and ten 'unbearable pain':

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

- What is the intensity of this pain before the Rolfing® process?

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

SOURCE OF PAIN C

7- Location of pain: _____

8- What is the current frequency of this pain after the Rolfing® process?

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

- What is the intensity of this pain before the Rolfing® process?

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

9- What is the intensity of this pain after the Rolfing® process? Please grade the intensity of this pain on a scale of zero to ten, with zero indicating 'no pain' and ten 'unbearable pain':

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

- What is the intensity of this pain before the Rolfing® process?

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

10- Are there any other comments you would like to make?

10-A- How has it affected you physically and emotionally?

10-B- How are you currently dealing with the pains?

11-What was it like working with your Rolfer®? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
awful bad fair good excellent

11-A Any suggestions?

12 –How were you received at ROLF INSTITUTE? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
awful bad fair good excellent

12- A Can you suggest any ways of improving this?

13-What was it like being received in group? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
awful bad fair good excellent

13-A Comments:

14 –How would you describe Rolfing® to another person?

15- Would you like to make any further commenst?

Form devised by NAPER (Núcleo de Atendimento, Pesquisa e Ensino em Rolfing®) [A branch of the Brazilian Rolfing Association based in São Paulo, Brazil]

ROLFER®'S REPORT-ROLF INSTITUTE

WHEN COMPLETING THESE DETAILS REMEMBER THAT THEY ARE ESSENTIAL FOR RETURN VISITS BY CLIENTS WHO ARE ATTENDED BY OTHER COLLEAGUES, AS WELL AS FOR OUR INTERNAL ORGANISATION AND FOR CARRYING OUT SURVEYS.

NAME OF CLIENT: _____

NAME OF ROLFER®: _____

START DATE: _____

END DATE: _____

1ST TIME ( ) RETURN ( )

TOTAL NUMBER OF SESSIONS:_____

TOTAL NUMBER OF STRUCTURAL SESSIONS:_____

TOTAL NUMBER OF MOVEMENT SESSIONS: _____

TOTAL NUMBER OF COMBINED SESSIONS (STRUCTURAL AND FUNCTIONAL): _____

DID THE CLIENT COMPLETE THE PROCESS? YES ( ) NO( )

IF NOT, IN WHICH SESSION WAS THE PROCESS INTERRUPTED?

COMMENTS: _____

_____

_____

Client's reason for interrupting the process:

didn't perceive any improvement( ) financial problems( )

health problems( )

resistance to the process( ) emotional problems ( ) problems with the rolfer ( )

contact problems with ROLF INSTITUTE( ) others( ) please specify

Rolfer's interpretation on reason for interruptimg the process:

didn't perceive any improvement( ) financial problems( )

health problems( )

resistance to the process( ) emotional problems ( ) problems with the rolfer ( )

contact problems with ROLF INSTITUTE( ) others( ) please specify

PART I

To be completed at the start of the process:

1. Client's Goals:
(get information from questions 19 of the initial interview; if there have been additions or changes to these objectives ,use standard categories in your description)

_____

_____

1.A. Classification of Client's Goals:

Physical:	(01) Structural
	(02) Functional
Psychobiological	(03) Emotional
	(04)Cultural/Worldview
	(05) Spiritual
	(06) Energetic
Others	(07) Interest in the technique
	(08) Others
	(09) Return

2. READING BY ROLFER®:

What have you observed in your client: _____

_____

_____

2.1 – Reading tools - *(Indicate reading tools used)*

PHYSICAL
Structural:
Line
Blocks
G and G"
Cylinders right
left

Palintonic Lines front-back
side-side
above-below
inside-outside

Tridimensional Grid axis longitudinal(x)
Transversal (y)
Latero-lateral(z)

Planes Sagital
Horizontal
Coronal

Articular Amplitude Toe hinge
Ankle
Knee
Hip joint
Sacro-iliac
Intersegment in the spine- Lumbars
Thoracics
Cervicals
Atlanto-Occipital

Perception Spatial
Ground

PSYCHOBIOLOGICAL

Emotional/Psychological

Body Image Segmented
Global

Feelings attributed by client to: Body as a whole
Parts of the Body

Self-Esteem Positive
Negative

Meanings attributed:
Morphological
Functional
Existential
Spiritual

Bodily attitudes
Personal atitudes

Analysis of Character Armor
(Lowen ,Rakomi, Keleman,others…)

Contact with the other

Cultural/Environmental/World View.

Main beliefs in relation to the environment and social group

Energetic

ANS Activity	simpathetic	
	Parasimpathetic	
Sobre e Sub acoplamento neuro-muscular		hipertonus
		hipotonus
Chakras,rings	pelvic, abdominal	
	diaphragmatic	
	chest,heart	
	throat,	
	mouth	
	eyes	
	top of head	
Robert Schleip	flexor	
	extensor	
Hans Flury	internal	
	external	
	liternal-locked knees	
	regular External	
Jan Sultan	Internal	
	External	
	Mainintresegmental Inconguences	
Pelvic	tilt	anterior
		posterior
	Shift	anterior
		posterior
5 Structural components-		pelvic girddle
		shoulder girddle
		visceral space
		superficial layers
		axial complex

Functional:

Breathing Preferences:	Inspiration	
	Expiration	
	Pause	
	Paradoxal Breathing	
Walking Analysis:	Starting the movement	G
		G
	Rhythm: Fast	
		Slow
		Normal

	Coordination:	articular limbs 5 lordosis main muscle chains Counter lateral
Visual perception:	visual	focal Peripheral
	Auditory	Internal External
	Touch-sensorial	Internal External Kinesthetic

2.2- Analysis
(In the light of the reading tools,what is your analysis. Please refer to the reading tools stated in your analysis)

2.2- A – How were you affected by the client?

3.Working Goals:
(in the light of the client's goals and your analysis, what is the resulting work proposal)

Main dimensions:

Physical	Structural Functional	
Psychobiological	Emotional Cultural Spiritual Energetic	

4. Strategies and techniques Used
Classic recipe
Functional - movement

Non-formulaic work,		structural/manipulação Functional/movement Integrated
Education through movement		
Touch	direct Indirect titrated	

Work on beliefs and meanings

Work on attitudes

Please specify any aspects you consider relevant

3.A- How other dimensions that were not stated in the goals will be affected?

Part II-

To be completed after the process:

4-. Strategies and techniques Used

Classic recipe	manipulation
Functional	imovement
Non-formulaic work,	structural/manipulação
	Functional/movement
	Integrated

Education through movement

Touch	direct
	Indirect
	titrated

Work on beliefs and meanings
Work on attitudes

Please specify any aspects you consider relevant

5. Results:
Were the goals achieved? ( ) Yes ( ) No ( )Partially

5.B- What were the main differences you could observe?
(at physical, psychobiological levels)

6.Therapeutic relation:

How was the process with this client?	( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
	Awful	bad	regualr	good	excellent

6.A- What aspects of the therapeutic relation are worth mentioning?

7- Recommendation ,process follow-up)