

olhar GDS

2007
nº 1

As Cadeias Musculares
GDS e suas Aplicações
Terapêuticas





Editorial

É com imenso prazer que apresentamos este primeiro número da revista “Olhar GDS”, publicação oficial da APGDS-Rio. Com este periódico, pretendemos levar a um público mais amplo, dentro do campo da saúde e da educação, a multiplicidade de enfoques viabilizados pelos conceitos desenvolvidos por Godelieve Denys Struyf.

A APGDS-Rio é uma associação sem fins lucrativos, que congrega praticantes do método GDS de todo o Brasil. Filiada à APGDS Internacional e ao Institut de Chaînes et Techniques GDS de Bruxelas, é a primeira APGDS das Américas.

Ao longo de um ano e meio de existência, tivemos a oportunidade de conquistar importantes realizações. Em julho de 2006, produzimos nossa I Jornada Científica, no Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz, que contou com a presença do professor belga Bernard Valentin e outros convidados. Algumas conferências apresentadas no evento formam a base dos artigos expostos nesta revista. A II Jornada Científica, que abriga o lançamento desta publicação, tem a honra de receber o presidente da APGDS-Bélgica, professor Alain D’Ursel, pela primeira vez no Brasil.

A APGDS-Rio marcou sua presença, em maio de 2007, no I Congresso Internacional da APGDS, em Granada – Espanha. Comparecemos com uma delegação de 25 brasileiros, entre cariocas, paulistas, catarinenses, gaúchos e outros. Nossa presidente Renata Ungier representou o país, ministrando uma conferência de ótima repercussão, que se encontra publicada nesta revista.

Nosso conselho diretor iniciou, neste ano, o projeto Fim de Semana da Cadeia, espaço de troca de informações, intercâmbio de conhecimentos e vivências práticas. São realizadas bimestralmente reuniões teórico-práticas, onde os associados podem conhecer o trabalho uns dos outros e debater conceitos a partir da experimentação.

Todo este trabalho em equipe vem sendo recompensado por cada conquista. Esperamos que esta publicação possa transmitir este “Olhar GDS”, que nos instiga o intelecto e nos impulsiona à ação, e que seja para todos um convite à exploração do universo das idéias e pesquisas de Godelieve Denys Struyf.

Um abraço,

Conselho Diretor da APGDS-Rio

O método G.D.S. de Cadeias Musculares

É um método de leitura corporal e tratamento das disfunções do sistema locomotor, que propõe uma abordagem global do corpo a partir da relação entre os aspectos psico-comportamentais e a atitude postural.

A fisioterapeuta e osteopata belga Godelieve Denys-Struyf (GDS) desenvolveu seu método a partir dos anos 70, motivada pela observação da postura de pacientes portadores de lombalgia.

O método G.D.S. é uma abordagem preventiva e terapêutica, que se interessa pelas interações entre a mecânica corporal e o comportamento. Segundo Philippe Campignon, “cada indivíduo adota uma atitude corporal que lhe é própria e que deriva de sua vivência psico-comportamental”.

Ele é ensinado a fisioterapeutas, porém se dirige, de outra maneira, aos demais profissionais do campo da saúde. A partir de uma experimentação pessoal, é sistematizado um método de observação, de medidas, de testes, de análises e interpretações rigorosas, assim como uma ampla gama de ferramentas terapêuticas, além de propor uma tomada de consciência comportamental e corporal, estimulando a criatividade de cada um em seu próprio auto-trabalho, pela via de experiências inovadoras.

O método GDS preconiza que todas as partes do corpo são interdependentes, ligadas entre si pelos músculos e seus envelopes organizados em cadeias. Os músculos são ferramentas da expressão psico-corporal: nossos estados emocionais, nossos sentimentos e maneiras de ser se expressam através do sistema muscular, que influencia nossas posturas, nossa respiração e nossos gestos. Quando estas atitudes se repetem e se prolongam por muito tempo, um excesso de tensão muscular se instala e recruta, sucessivamente, músculos específicos, até que apareçam no corpo verdadeiros encadeamentos tensionais.

Godelieve Denys-Struyf descreve seis famílias de músculos que o corpo utiliza para se expressar, mas que, no excesso, podem aprisionar este corpo em uma atitude rígida, reduzindo sua liberdade de movimento e imprimindo-lhe marcas específicas.

As seis cadeias musculares, às quais estão associadas seis tipologias psico-comportamentais, constituem arquétipos presentes em todos os seres humanos, em proporções variadas. As técnicas de leitura corporal do método GDS permitem identificar o equilíbrio entre estes arquétipos em cada paciente, possibilitando a compreensão do contexto em que se insere o quadro patológico e favorecendo a individualização da abordagem terapêutica.

Sumário

- 4**
olhares GDS
- 5**
Há muito tempo atrás, AM entrou em sua residência, a bacia... E a postura mudou...
Bernard Valentin
- 16**
Interações biomecânicas entre postura e respiração: um olhar ampliado sobre o tratamento de crianças com hipoplasia abdominal
Renata Ungier
- 24**
Abordagem sobre avaliação na hérnia discal lombar
Fátima Rosas
- 31**
O método GDS na avaliação e tratamento fisioterapêutico de uma paciente idosa com endoprótese coxofemoral: um estudo de caso
Alexandre de Mayor
- 41**
Uma proposta de inclusão do método GDS no tratamento multidisciplinar da anorexia nervosa
Bárbara Schindler
- 46**
Aconteceu na APGDS
- 48**
Lista de Associados da APGDS-Rio

Nossa primeira jornada tantos rostos já conhecidos e tantos olhares. Olhares de quem já é cadeísta, mas também olhares de quem ainda não sabe de que consiste esse olhar.

E o que é o olhar GDS?

É a vida acontecendo.

Para nós olhar GDS é história.

É ver a vida acontecendo.

O que é de ontem, o que é de hoje, o que é de sempre?

Se o PM vê o futuro, que futuro ele vê hoje?

Hoje a tela plana, a internet para comunicação, a au-



o l h a r e s G D S

por Lúcia Leibel Swartzman e Nilza Elayne Leiria de Castro

sência de contato, as dificuldades de relacionamento, a obesidade, a anorexia.

Será um mau PM que se sobrepõe a um PAAP ou um PA divorciado de AP?

Nesse tempo, onde exames são mais importantes que a clínica onde está AM para defender a ecologia que está em nós?

Ontem, o homem precisava se defender do leão e hoje ele tem necessidade de quê?

De que a malhação, as anfetaminas, a anorexia nos defendem?

Hoje o corporativismo, a globalização, a produtividade, o correr desenfreado, será um PL sem AL para cooptar e organizar?

Se a atividade se particulariza pela dominância, que cadeia, que é forma de expressão anda predominando?

Nas famílias tão desestruturadas como ficam os papéis de AM/PM para o ser "ficar de pé"?

Hoje o homem precisa de mitos?

Quem é a PAAP que segue a ditadura da beleza?

Onde está o homem de hoje na vaga da onda?

São visões, imagens de corpos, de pensar e de tipologias diferentes.

Hoje a imagem mais vendida é da tela plana dos computadores nos todos que estamos aqui utilizamos o computador com sua tela plana, mas o preço é alto porque nós não somos planos. Nós temos volume.

E para nós tratar qualquer pessoa com olhar GDS é rever a anatomia com a justa imagem.

O tempo passa muito rápido e, em minha memória, volto há dez anos quando conhecemos Madame Godelieve e, por isto, as fotos. Foi o encontro com ela que nos conta esta história.

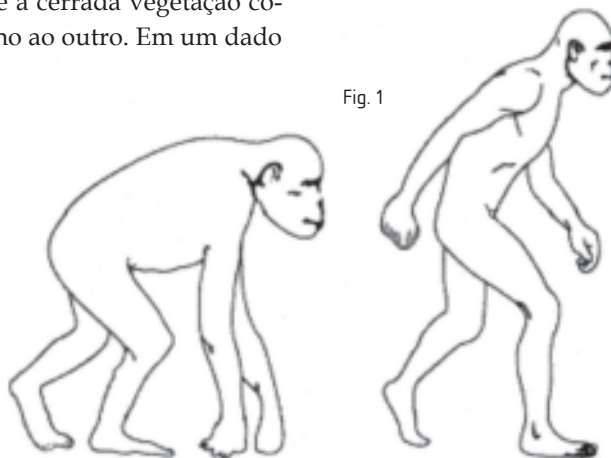
Só fiz aqui levantar questões para se pensar...

O olhar GDS é ver o homem que se encadeia, ser terapeuta GDS é ter o olhar para poder ver. O olhar GDS é uma filosofia de viver e de pensar.

Lançamos então *Bico de Papagaio e Outros Bicos* que traz ferramentas para o terapeuta atuar, através da imagem justa, no tratamento de seu paciente.

A cadeia ântero-mediana AM tem como residência a bacia. Na formação G.D.S. esta noção é apresentada essencialmente sob o ponto de vista simbólico. Neste momento, eu apresento a faceta biomecânica das residências, estreitamente ligada à evolução da espécie, especialmente no que diz respeito à adoção da postura bípede (fig. 1).

Para Y. Coppens, a bipedia foi legada ao homem pelos hominídeos há dez milhões de anos na África, onde a cerrada vegetação cobria o continente de um oceano ao outro. Em um dado momento, a parte oriental foi vítima de um pico de aridez, que secou a vegetação desta região. Os ancestrais comuns ao homem e ao chimpanzé que ali viviam se dividiram em duas populações, com uma postura, uma locomoção e um comportamento diferentes.



Há muito tempo atrás, AM entrou em sua residência, a bacia... E a postura mudou...

Bernard Valentin

tradução:

Maria Antônia Miguet
e Renata Ungier

Nas zonas arborizadas do oeste, as restrições de uma alimentação à base de frutos e grãos favoreceram uma locomoção **arborícola** e **braquial**, enquanto que, nas zonas orientais, a alimentação à base de raízes e de caça privilegiou uma locomoção quase exclusivamente bípede.

Para P. Picq, as origens da bipedia nas savanas não estão nada evidentes, e não faltam argumentos para considerar **as origens das bipedias** e não **da bipedia** no mundo das árvores.

Ele deixa claro que **a bipedia** faz parte do **repertório locomotor dos hominídeos**, que incluem os homens, os chimpanzés, os bonobos, os gorilas e seus ancestrais, notadamente os *australopithecus*.

A observação de chimpanzés e, sobretudo, de bonobos revela o uso frequente deste modo de locomoção. As fêmeas bonobo utilizam a bipedia para transportar suas proles e alimentos em seu habitat na floresta.

Além disso, experiências laboratoriais sublinham que o recrutamento dos músculos dos quadris e da parte inferior das costas se dá do mesmo modo no ato de trepar em um tronco de árvore e na marcha bípede (fig. 2).

Y. Coppens e P. Picq não estão de acordo quanto à situação do último ancestral comum aos macacos e aos homens, nem quanto à origem da bipedia. Entretanto, o estado atual dos conhecimentos nos impede de concluir a favor de uma ou outra in-

“A bipedia não aparece nas savanas porque ela já existia no mundo das árvores” (P. Picq)

Fig.2 - Subir em árvores e o deslocamento bípede: mesmo recrutamento muscular



terpretação, trata-se de hipóteses científicas que serão refutadas ou confirmadas por futuras descobertas. Assim, a responsabilidade por tais divergências reside em fósseis que ainda escapam aos paleoantropólogos.

É preciso compreender que nossa evolução não se fez em três etapas, um grande macaco ancestral dando origem aos *australopitecos* e depois aos homens. Nossa evolução não é linear, como a de todas as outras linhagens em um momento ou outro de sua história evolutiva (fig. 3).

No entanto, todas estas hipóteses e esta ausência de certeza quanto à “origem da verticalização humana” não nos impedem de descrever as adaptações corporais ligadas às modificações posturais. Meu objetivo, neste artigo, não é dissertar sobre a origem da bipedia, mas simplesmente propor pistas que possam explicar as modificações da estrutura óssea ligadas às trações musculares permanentes, em resposta às restrições impostas pela gravidade.

Uma vez definido o cenário e estando nossos ancestrais instalados em seus meios naturais, podemos

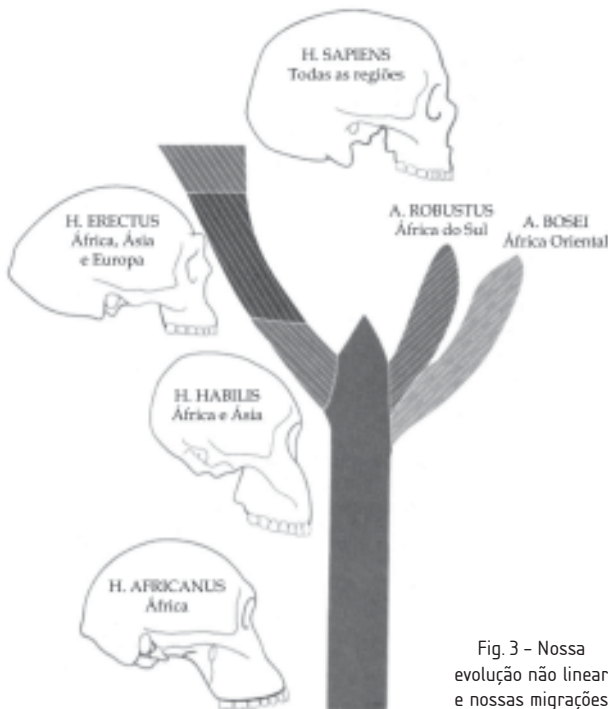


Fig. 3 - Nossa evolução não linear e nossas migrações

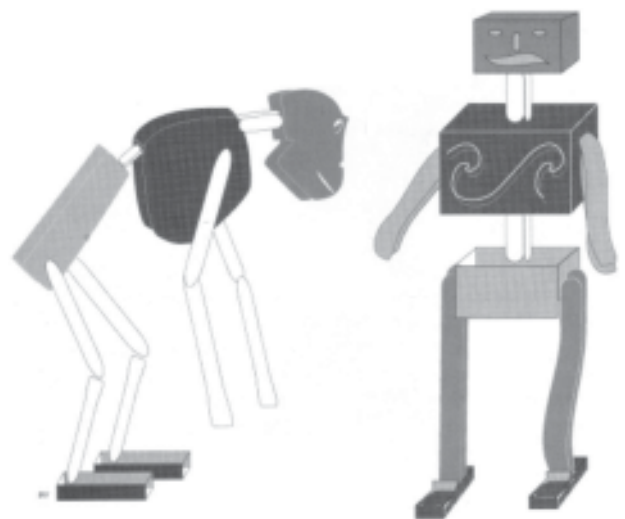


Fig. 4 - Uma superposição de cubos separados por cilindros para representar a arquitetura dos primatas.

entrar no universo e nas “entranhas” do humano, conforme descreve o método G.D.S.

Para ajudar a compreensão de nossa organização corporal, Struyf utiliza imagens (fig. 4) e compara a **arquitetura dos Primatas** em posição de pé com um jogo de construção que compreende três grandes cubos que chamaremos **massas**. Estas três massas são sustentadas por três alavancas, as **intermassas**.

Encontramos então as três massas – pélvica, torácica e cefálica –, emolduradas por três intermassas: o membro inferior, a coluna lombar e a coluna cervical.

Estruturalmente, estas três massas se organizam de forma diferente, em função das atividades específicas dos órgãos vitais, mas suas origens são comuns.

Embriologicamente, a história do osso começa, entre os folhetos **ectoblástico** e **endoblástico**, na terceira semana de vida intra-uterina, com o folheto **mesoblástico**, que constitui a base de nossa estrutura ósteo-muscular.

Estas **células mesoblásticas** vão se organizar, se ritmar e se especializar graças às mensagens químicas que recebem. Elas se reconhecem entre si para fabricar (fig. 5): um tecido ósseo, o **esclerótomo**; um tecido dérmico, que envolve o embrião, o **dermatômo**; e um tecido muscular, o **miótomo** ou **somito**.

Orquestradas pelo **sistema nervoso central** e embalado em envelopes de consistências diversas, as células ósseas e musculares se prolongam mutuamente uma na outra, sem fronteira bem definida, de modo que os tecidos se reforçam e se transformam em **osso** nos lugares do organismo onde são submetidos às trações musculares e às pressões exteriores.

“No princípio era o gesto e o gesto faz o osso”.

“Se o osso tem esta forma, é porque ela lhe foi impressa por uma função. Uma vez fixada na trama óssea, ela nos indica a fórmula mecânica do funcionamento justo” (G.D.S.).

“A forma do osso poderia sugerir a forma inicial do gesto”.

O bom equilíbrio passa por uma adaptação perpétua e recíproca da tensão ósteo-muscular. O osso vai adaptar sua estrutura à pressão que ele sofre do músculo, pois **o tônus muscular estimula o crescimento ósseo**, e o músculo adapta seu tônus ao comprimento do osso.

É o osso que, por sua forma e tamanho, dá comprimento aos músculos.

O **ser humano** é o único a possuir características morfológicas para responder às exigências da **marcha** e da **corrida bípede**. Por outro lado, **como qualquer vertebrado**, ele é submetido às forças físicas do meio ambiente, especialmente a “gravidade terrestre”, ou seja, uma linha que une o centro de massa do corpo ao centro da terra. A influência da gravidade terrestre so-

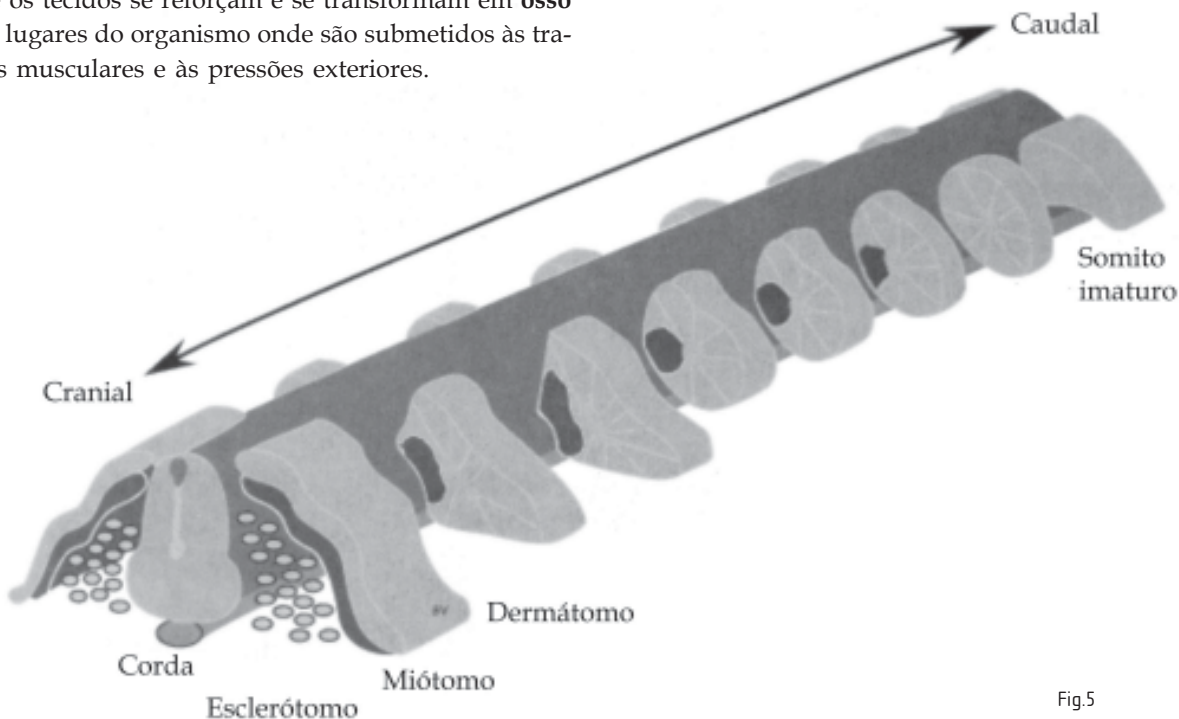


Fig.5

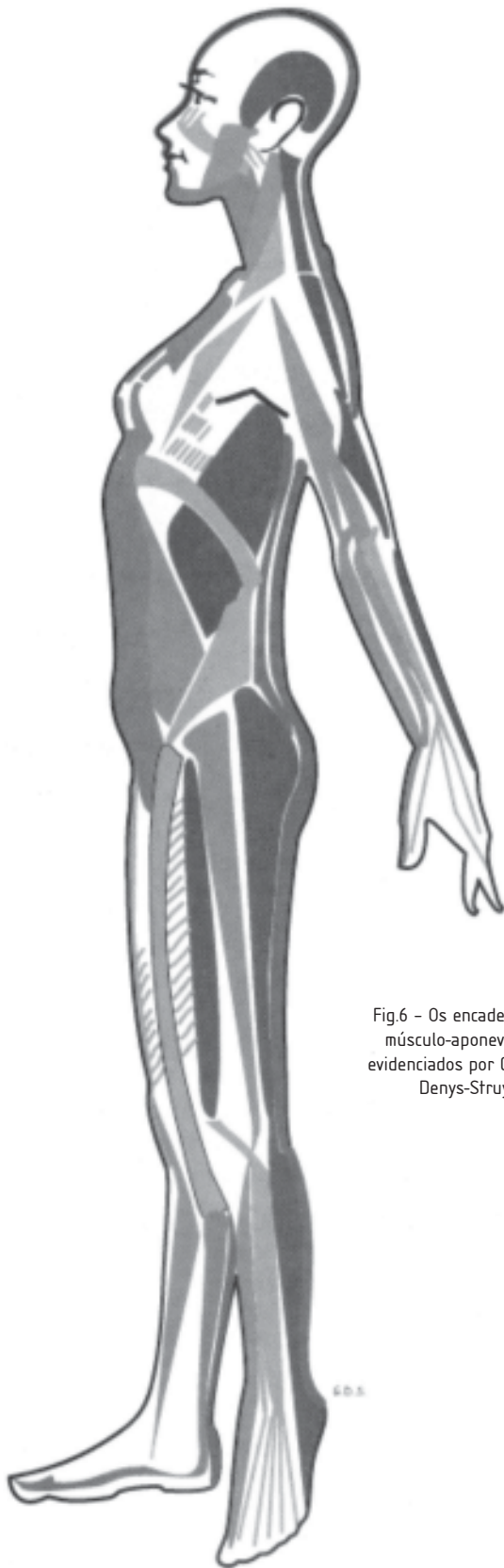


Fig.6 - Os encadeamentos músculo-aponevróticos evidenciados por Godelieve Denys-Struyf.

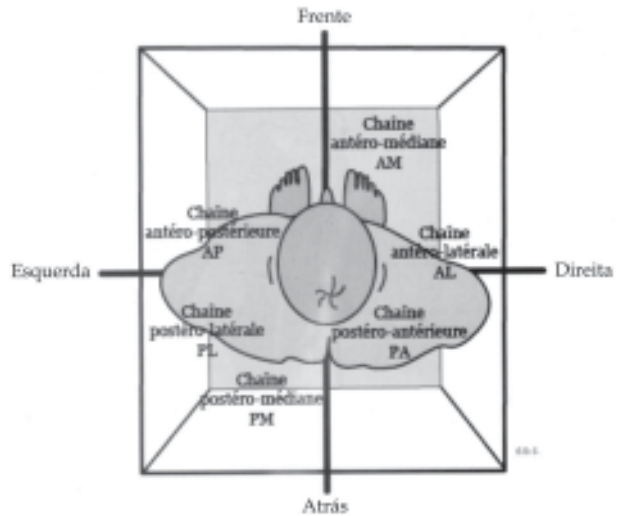


Fig.7 - Cadeia Ântero-mediana (AM), Cadeia Ântero-posterior (AP), Cadeia Ântero-lateral (AL), Cadeia Pósterio-lateral (PL), Cadeia Pósterio-anterior (PA) e Cadeia Pósterio-mediana (PM).

bre a morfologia humana é essencial. Por uma combinação de reabsorção e reconstrução do tecido ósseo, o esqueleto se reestrutura para responder às restrições cotidianas que exerce a gravidade terrestre (C. Berge e J. P. Gasc).

Esta reorganização arquitetônica é orquestrada pelos músculos, organizados em **cadeias musculares**. Cada uma das cadeias ocupa um território preciso e seu nome, abreviado em uma sigla, depende de sua localização no corpo (fig. 6).

A partir de onde se situa, cada cadeia é capaz de frear um desequilíbrio em uma dada direção. As cadeias são duplas (direita e esquerda) e desempenham um papel na expressão corporal. Suas marcas são úteis para a estática e para a organização do ortostatismo.

Se seguirmos a evolução filogenética das espécies, observaremos que a posição de pé gera transformações, ou ainda, adaptações das diferentes massas e intermassas.

Para J. Delaire, **a massa cefálica** é fortemente solicitada quando o indivíduo se endireita. Ele nos diz que: *“o maciço facial de um animal horizontal, à frente do crânio, desempenha um papel para a apreensão do alimento e para as reações de defesa e ataque (fig. 8). Se este animal assume a posição vertical, seus olhos e fossas nasais se dirigem para o alto e perdem de certo modo suas funções úteis.*

As cadeias posteriores PM situadas atrás do corpo sobre a linha mediana são a origem do endireitamento do edifício corporal e devem manter a verticalidade impedindo o corpo de cair para frente. Todos os músculos desta cadeia solidarizam suas ações se dando ponto

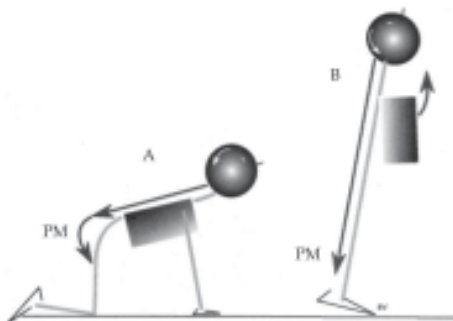
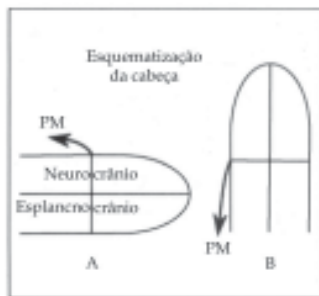


Fig. 8AB – Esquemática do homem que se endireita segundo os escritos de J. Delaire.

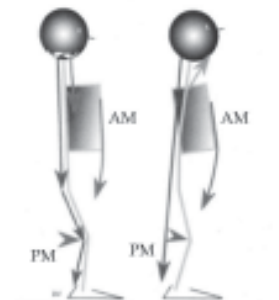
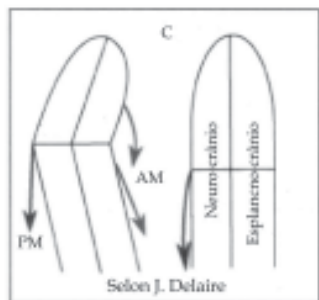


Fig. 9C – O primeiro mecanismo utilizado será a flexão da coluna vertebral induzida por AM.

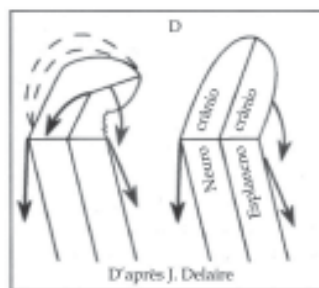


Fig. 10D – A cadeia anti-gravitária PA-AP se ativa ritmicamente: PA alivia o peso do corpo na inspiração, AP restabelece as lordoses na expiração.

fixo mutuamente para induzir a posição de pé. Estas cadeias não agem como um bloco dos pés à cabeça, pois suas fibras musculares se recrutam progressivamente.

Os músculos dos membros inferiores mantêm a verticalidade das pernas e estabilizam o sacro para que os músculos torácicos possam se beneficiar de um “tremendo” apoio¹ e endireitem sucessivamente o tronco e a cabeça.

Após a fase de endireitamento, para colocar sua mandíbula e seus órgãos sensoriais em posição funcional, o indivíduo deverá inclinar sua cabeça para que não olhe somente as estrelas. Para fazê-lo, o primeiro mecanismo será a flexão da coluna vertebral induzido pelas cadeias ântero-medianas (AM). Esta ação cifosante, que se inicia no tórax, terá repercussões na posi-

ção da cabeça que se flexiona, nos joelhos que se desferrolham e nos pés que repousam sobre seus calcânhares. Estas modificações ainda serão insuficientes para a funcionalidade cranial e um segundo recurso será acionado em um ponto situado à frente da articulação crânio-occipital. (fig. 10D)

Então, assistiremos à **curvatura da base do crânio** que, para J. Delaire, aparece tardiamente na filogênese, porque a flexão esfeno-basilar aparece no estágio **do Primata**.

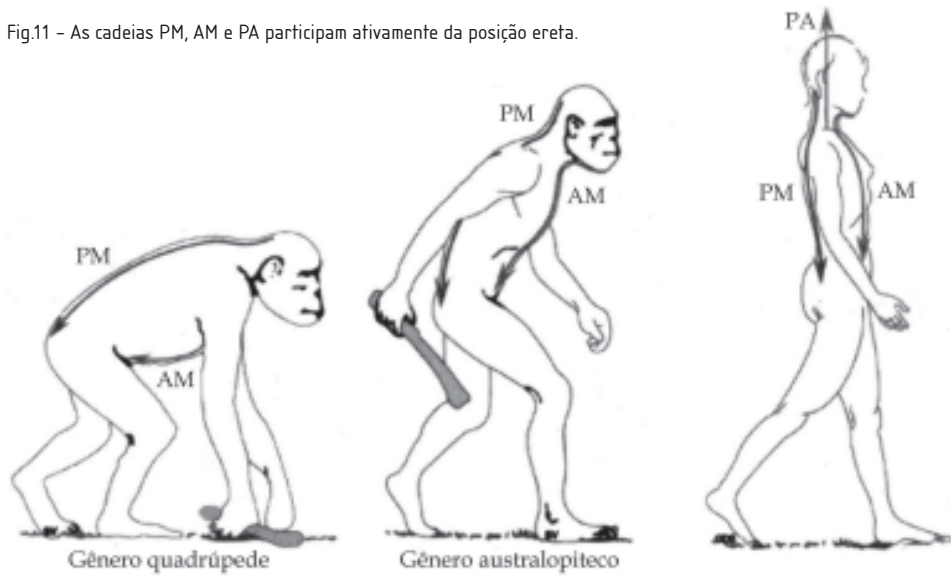
Estas modificações craniais solicitam as cadeias PAAP que se ativam ritmicamente, em coordenação com a respiração para lutar contra a força da gravidade.

O homem em pé é então construído em sua estrutura e com seus músculos. Ele está pronto a partir para a conquista do mundo e a explorá-lo com grandes passadas bípedes.

Com o passar do tempo, a postura do tronco se esculpiu e se transformou devido à impulsão coordenada das cadeias AM e PM. (fig. 11)

¹ Nota da Tradução: O autor se utiliza de uma expressão idiomática francesa para fazer um jogo de palavras. *Sacrée appuise* traduz literalmente por tremendo apoio, porém a palavra *sacré* também quer dizer sacral, relativo ao sacro.

Fig.11 - As cadeias PM, AM e PA participam ativamente da posição ereta.



As cadeias PAAP tiveram um papel no equilíbrio e no ajustamento das massas e também na luta contra a força da gravidade.

A passagem da atitude quadrúpede para a do australopiteco simbolizada pelo endireitamento progressivo do tronco, necessitou de uma importante atividade da cadeia muscular PM. Esta é considerada como a cadeia da verticalidade e está na origem da postura que nos caracteriza.

No estágio humano, em que chegamos, as cadeias póstero-medianas controlam a cifose dorsal instalada pelas cadeias ântero-medianas. Este "arredondamento

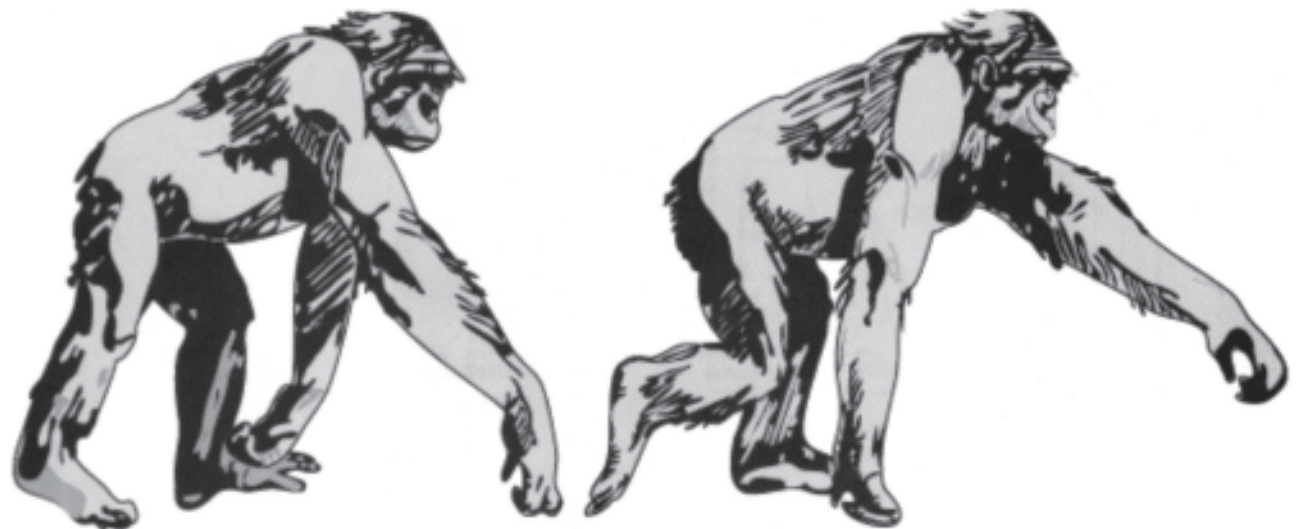


Fig. 12 - O macaco é capaz, em pequenas distâncias, de se deslocar em pé, porém privilegia o deslocamento em quadrupedia quando em fuga. Entretanto ele pode sentar-se para alimentar-se e para comunicar-se com os outros adotando uma posição sentada sobre os ísquios, com os membros inferiores em abdução. (P.Picq)

útil" do tronco permite às cadeias antigravitárias PAAP se expressarem ritmicamente. Devido à sua contração alternada, a cadeia PAAP irá aliviar as restrições corporais e impedir o achatamento das estruturas ósseas ligadas à força da gravidade e a expressão gestual.

A adoção progressiva de outra postura modifica a ação da força de gravidade e revela as tensões musculares que modelam o osso, para facilitar a congruência óssea, e estimula a solidariedade muscular, economizando energia.

Para preservar o equilíbrio, as cadeias musculares se instalam em **suas residências** preservando assim suas funções respiratórias, mastigatórias e pélvicas indispensáveis à sobrevivência da espécie.

Para preservar o equilíbrio, as cadeias musculares se instalam em **suas residências** preservando assim suas funções respiratórias, mastigatórias e pélvicas indispensáveis à sobrevivência da espécie.

A bacia pode ser considerada como uma "rotatória" do edifício humano e como um trampolim para a adoção da posição ortostática.

A organização da massa pélvica difere do macaco ao humano e isto provém das contrações musculares que modelaram a forma do osso.

A atitude de flexão anterior do macaco estabilizada pelos membros superiores necessita do recrutamento massivo da cadeia posterior, para que ocorra o endireitamento do tórax e da cabeça.

Nos macacos a bacia se situa praticamente no prolongamento da coluna vertebral. Esta morfologia pélvica favorece o parto dos grandes macacos que além de ter a passagem maior que a dos homens tem seus fetos menores que os humanos.

Nos primatas não humanos, a cabeça do feto passa reta entre o cóccix alinhado com o eixo da coluna vertebral e o púbis. Podemos dizer que o parto se faz por trás e que é fácil. (fig. 13)

Nos homens, a bacia está mais para trás e o cóccix se curva em direção ao púbis, estreitando a passagem



Fig. 13.

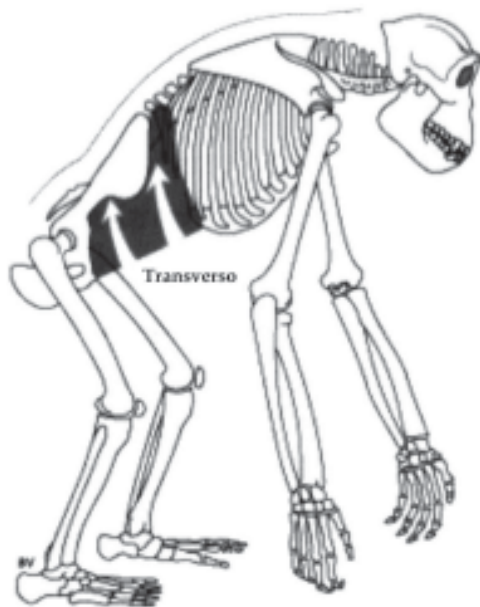


Fig. 14 - Os músculos transversos contêm as vísceras

para a cabeça do bebê e obrigando o parto por via anterior. (Y. DELOISON)

As trações musculares repetitivas são responsáveis por estas diferenças morfológicas.

Para a bacia em "tensão" do chimpanzé:

- O músculo transverso do abdome é fortemente solicitado para conter as vísceras abdominais. Ele induz, com a ajuda do músculo ilíaco, uma rotação interna das asas ilíacas que geram a frontalização dos ísquios. (fig.14)
- Os músculos quadrados crurais e os obturadores internos abrem os ísquios, fixam sua frontalização e geram a rotação externa da extremidade proximal do fêmur. (fig. 15)
- O músculo glúteo médio assume a função de abdução femoral e o glúteo mínimo favorece a flexão do quadril.
- As fibras verticais do músculo grande dorsal se beneficiam de um ponto fixo no úmero e o músculo pequeno oblíquo de um ponto fixo no tórax.

O ponto fixo em cima destes músculos acentua a tração sobre os ossos ilíacos e dá a forma da bacia dita "em suspensão". (fig. 15 e 16)

Esta organização pélvica, útil nos deslocamentos quadrúpedes, **com as asas ilíacas fechadas e com os ísquios frontalizados**, contraria e limita a extensão femoral nos deslocamentos bípedes.

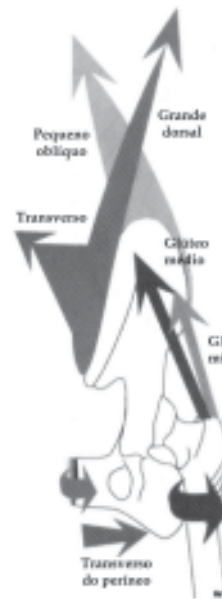


Fig. 15 - A bacia do macaco em suspensão

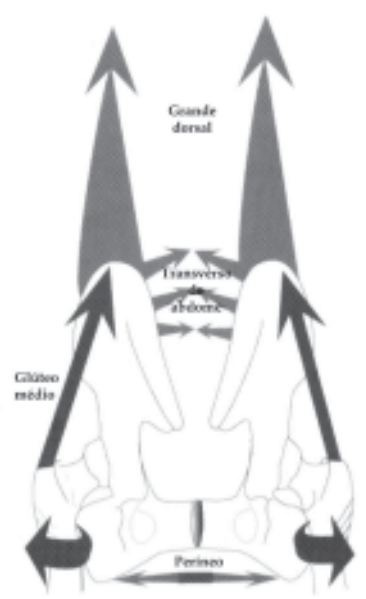
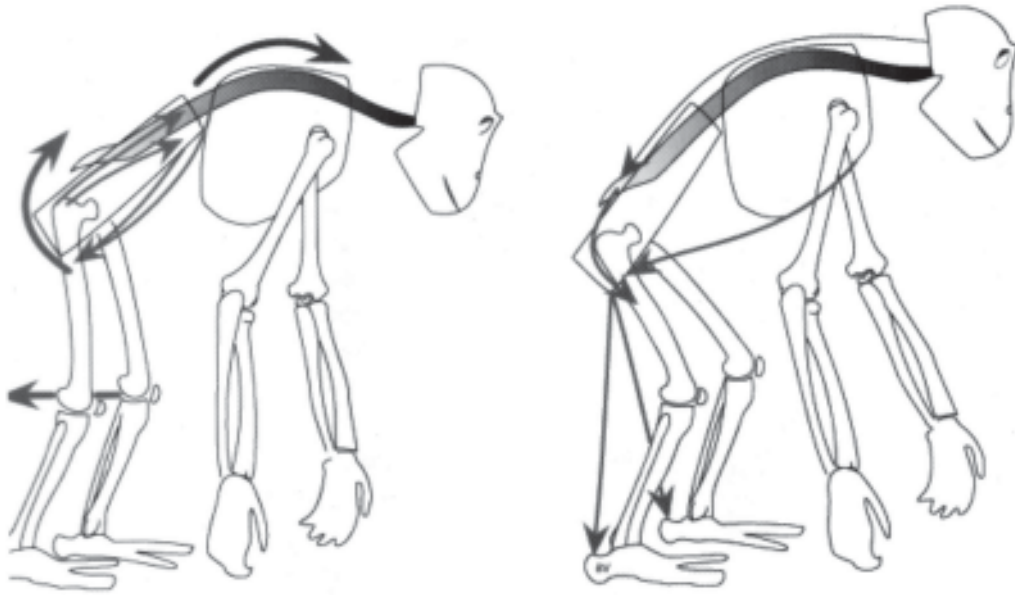


Fig. 16 - Face posterior da bacia em suspensão

Endireitamento dos membros inferiores

Endireitamento do tronco

Fig. 17



O ílio muito longo, do chimpanzé, é bem apropriado para a quadrupedia, porém a marcha do pongídeo é vacilante nos breves episódios em bipedia.

De fato, a arquitetura pélvica obriga o macaco a flexionar os membros inferiores para levantar o tronco. Lembremos que ele é incapaz da extensão completa do fêmur devido ao impedimento ósseo dos ísquios fixados em frontalização. Ainda para estender os mem-

broso inferiores, ele é obrigado a flexionar o tronco para frente. (fig.17)

“Constatamos às vezes um animal que alterna marcha quadrúpede e marcha bípede no mesmo trajeto. Ele alterna o equilíbrio dinâmico, deslocando somente a massa corporal, seja para trás do corpo, por ser bípede, seja para frente, por ser quadrúpede. Na marcha bípede, ele apresenta o corpo flexionado, seus braços são man-

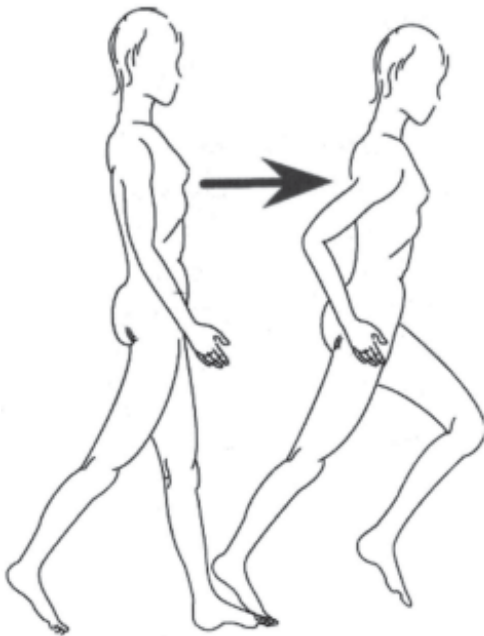


Fig. 18

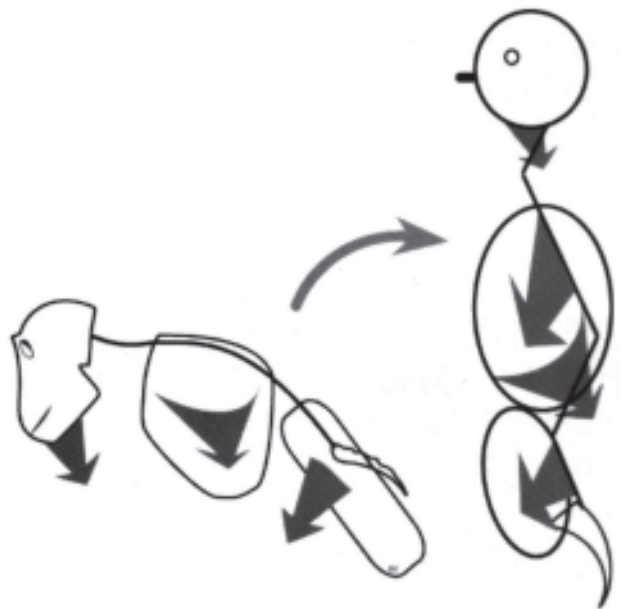


Fig. 19

tidos a frente, prontos para serem pousados no solo, pois o equilíbrio é instável. Sua marcha é desajeitada e cautelosa e ele dá passos bem pequenos. Tudo acontece como se o chimpanzé procurasse compensar a sensação de equilíbrio precária, um pouco como os humanos com limitações pela idade ou por doença” (C.BERGE e J.P.GASC).

É verdade que após uma cirurgia, ou em casos de doenças penosas, o homem privilegia a utilização de bengalas para prolongar seus membros superiores, para melhorar o equilíbrio e para aliviar o membro inferior em sofrimento.

Como precisei anteriormente, as pernas curtas do macaco em seus deslocamentos bípedes, se explicam pela sua morfologia pélvica que impede a extensão completa da coxa para trás. Para aumentar a velocidade e galopar, ele tem que adotar a posição quadrúpede porque neste momento a forma de sua bacia “em suspensão” facilita a contração dos músculos propícios à propulsão.

“Somente o ser humano pode correr em bipedia: ele alonga suas pernas graças a extensão completa dos membros inferiores” (C. Berge e J. P. Gasc, fig. 18).

Como pode o homem adotar esta extensão coxofemoral e quais são as transformações anatômicas da esfera pélvica que estão na origem desta marcha bípede de longas distâncias?

A transformação do esqueleto do homem é acompanhada de uma modificação da postura e da passagem da marcha quadrúpede para marcha bípede. “A marcha bípede com passadas é tipicamente humana e é uma forma muito eficaz de se deslocar. Ela contrasta com a marcha vacilante dos pongídeos durante seus breves episódios bípedes” (Eccles, Berge e Garsch).

A verticalização (fig. 19) teve repercussões nas pressões e na força de gravidade exercida sobre o corpo. Desde o endireitamento, do ponto de vista evolutivo, várias modificações anatômicas intervieram nas massas pélvica, torácica e cefálica.

A bacia humana tem uma forma achatada, em pressão, pois, além das funções de locomoção e do parto, ela deve, em pé, carregar uma parte do corpo.

A luta contra a força de gravidade é diferente, no caso do chimpanzé e no caso do homem.

No chimpanzé que é em parte quadrúpede, a força da gravidade incide à frente da coluna vertebral.

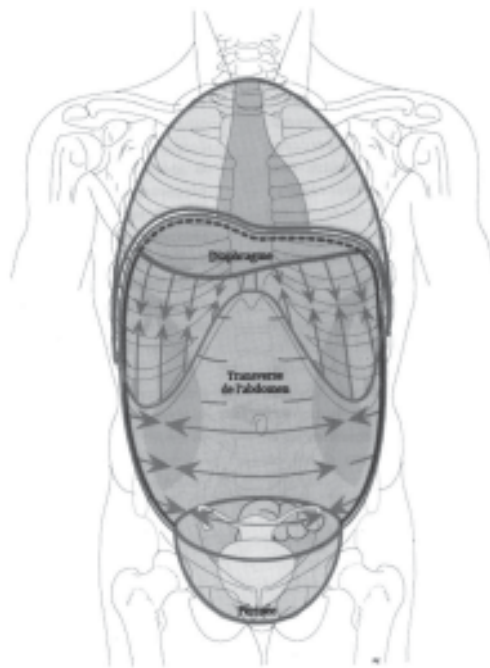


Fig. 20

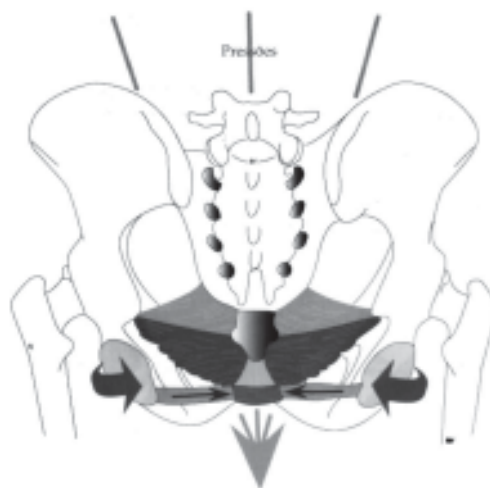


Fig. 21

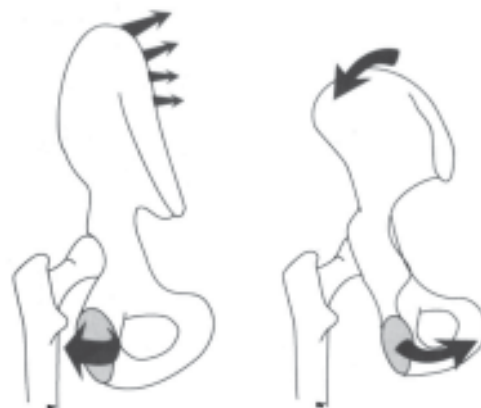


Fig. 22

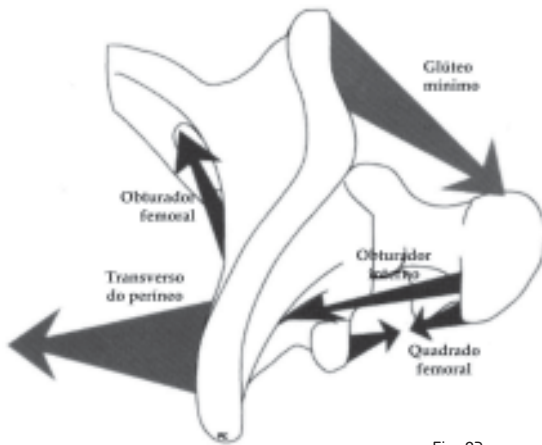


Fig. 23

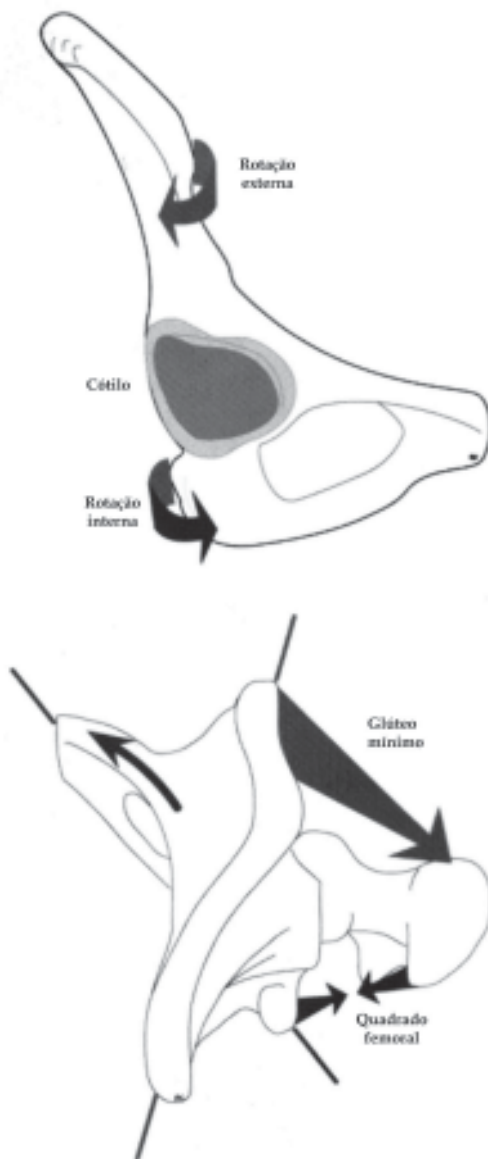


Fig. 24

No homem, com o endireitamento, a força da gravidade e a pressão do músculo diafragma torácico fazem com que o conteúdo abdominal pese sobre a bacia e sobre o períneo.

Os anatomistas definem o períneo como sendo uma membrana músculo-aponevrótica que obtura o estreito inferior da bacia. À denominação habitual de “assoalho pélvico”, nós preferimos a de “diafragma pélvico” muito mais representativa da fisiologia ideal do períneo, que é a de conservar o ritmo para poder resistir às variações de pressão da cavidade abdominal e da pequena bacia, sempre preservando as funções esfinterianas.

Além do peso do esqueleto o indivíduo, ao se endireitar, aumenta a pressão que “reside” na pequena bacia. Esta pressão é o fruto da força da gravidade e da pressão intra-abdominal gerada pelo trabalho rítmico do diafragma (músculo da respiração).

De fato, a verticalidade do tronco modifica a ação da força de gravidade e acentua a pressão sobre o períneo. A respiração diafragmática, se bem que canalizada pelo músculo transverso do abdome, aumenta esta pressão e o músculo transverso do abdome que, no macaco, contém as vísceras, no ser humano terá um papel capital, com uma ação delordosante da região lombar na inspiração.

Frete a esse aumento de pressão, os músculos do períneo reagem, especialmente o músculo transverso do períneo. Estes músculos estão situados entre os ísquios, que eles aproximam quando se contraem, o que sagitaliza os ramos do Ísquio.

Para Piret e Béziers, a aproximação dos ísquios influencia o teto do Ísquio que se orienta para fora e vem cobrir, de uma forma mais ampla, a cabeça femoral.

A cadeia ântero-mediana, “a fada boa do pedaço”, se instala em sua residência e dá um “toque feminino”, para transformar a arquitetura da bacia. Muito rapidamente, as reações não esperam, nós iremos assistir a uma divisão de território com um jogo sutil de “accordage”² de tensões musculares. No plano frontal, o períneo, fechando os ísquios, desperta o obturador interno, os gêmeos e o quadrado crural.

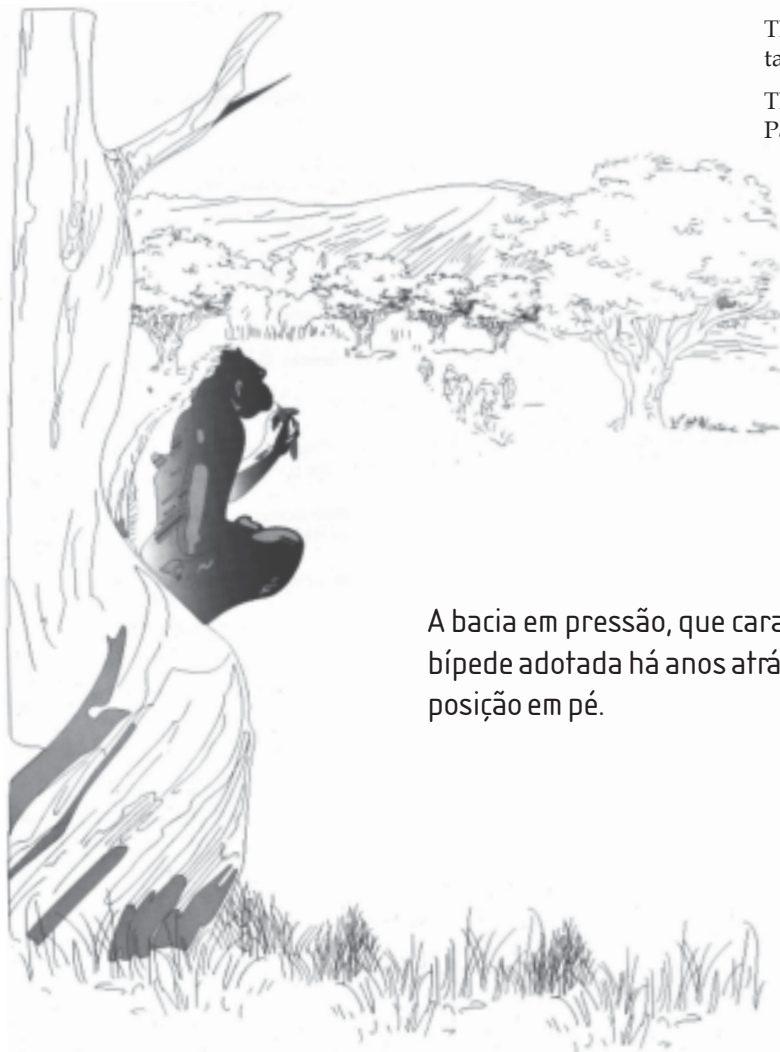
Todos estes músculos, que pertencem à cadeia PL, irão manter uma abertura suficiente dos ísquios para controlar a sagitalização do ramo do ísquio e favorecer a rotação externa da extremidade superior do fêmur. Eles irão intervir em seus “feudos”, para impedir que a

2 Nota da Tradução: O termo “accordage” é amplamente adotado, no âmbito do método G.D.S., no sentido de “pôr de acordo”, “afinar”.

cadeia AM se fecha em sua “residência”. A bacia continua então sua renovação com o músculo glúteo mínimo, que se beneficia de um ponto fixo femoral para esculpir o desfaldamento do osso ilíaco no plano horizontal, aumentando ainda mais a cobertura da cabeça femoral.

A arquitetura do osso ilíaco pode mudar e assistimos ao nascimento “da bacia em pressão do homem”. “O osso ilíaco é o osso mais torcido do corpo. Ele pertence, ao mesmo tempo, à cintura pélvica e à cadeia articular do membro inferior e é o primeiro nó da cadeia osteo-articular do membro inferior” (G.D.S.).

Esta primeira adaptação, fruto de um antagonismo muscular complementar, aumenta assim a cobertura da cabeça femoral e cava o cótilo no osso ilíaco. Esta nova aquisição estabiliza a massa pélvica porque ela lhe permite o apoio sobre as coxo-femorais.



A bacia em pressão, que caracteriza a espécie humana, estabiliza a atitude bípede adotada há anos atrás e representa uma revolução para nossa posição em pé.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Esta narração foi tirada dos livros: “Aux origines de l’humanité” de Pascal PICQ e Yves COPPENS, do tratado de “Biologie” de CAMPBELL assim co-mo de numerosos artigos “Sciences et Vie”, “Les dossiers pour La Science” e uma série de artigos da revista mensal “Recherche”.

CAMPIGNION, Philippe. Les Chaines musculaires et articulaires G.D.S. In: *Précis-Respir-Actions*. Ed. FRISION-ROCHE-PARIS, 1996.

_____. Les Chaines musculaires et articulaires concept G.D.S. In: *Notions de base*. Ed. Philippe CAMPIGNION, 2001.

_____. Les Chaines relationnelles. In: *Les chaines antérolatérales*. Tome I. Ed. Ph. Campignon, 2005.

DENYS-STRUYF, Godelieve. *Les chaines musculaires et articulaires*. Bruxelas/I.C.T.G.D.S.: Ed. PRODIM-BX.L, 1987.

KAHLE, W., LEONHARDT, H., CABROL, C. & PLATZER, W. *Anatomie*. Paris, Flammarion Médecine-Science, 1978.

KAPANDJI, I. A. *Physiologie articulaire* (Schêmas commentés de mécanique humaine). 2^a ed. Paris: Malaine S.A., 1968.

ROUVIERE, H. & DELMAS, A. *Anatomie humaine*. 13^a ed. Paris: Masson, 1992.

TESTUT. *Traité d’anatomie humaine*. 6^a ed. Paris, Edition Octave DOIN et fils, 1912.

TESTUT & JACOB. *Traité d’anatomie topographique*. 3^a ed. Paris: Editions Octave DOIN et fils, 1914.

O propósito deste artigo é discutir o tratamento fisioterapêutico de crianças com severa hipoplasia da musculatura abdominal (síndrome de prune belly), dentro da ótica do método G.D.S. (figura 1). Apesar da baixa incidência desta doença na população, é interessante notar que suas repercussões sobre o aparelho locomotor constituem, em linhas gerais, uma exacerbação dos transtornos observados em pacientes com fraqueza abdominal e excesso de solitação da musculatura posterior, tão freqüentemente encontrados no cotidiano da clínica fisioterapêutica. Essa perspectiva nos confere uma oportunidade singular de observação de casos extremos de desequilíbrio entre as cadeias musculares, permitindo uma análise bastante abrangente do comportamento e da relação de tais cadeias entre si.

A síndrome de prune belly (SPB) é uma doença congênita que se caracteriza pela ausência, deficiência ou hipoplasia da musculatura abdominal, acompanhada por anomalia do trato urinário (predominantemente bexiga aumentada e hipotônica e ureteres dilatados e tortuosos) e criptorquidismo bilateral (Greskowich e Nyberg Junior, 1988; Woodard, 1985). Sua incidência é de aproximadamente 1 em 40.000 indivíduos, sendo fortemente predominante no sexo masculino (95%).

As deformidades do trato urinário contribuem significativamente para a morbidade e mortalidade da doença. Entretanto, apesar de ter sido por muito tempo relegada a um segundo plano, a deficiência da musculatura abdominal responde por uma

Interações biomecânicas entre postura e respiração: um olhar ampliado sobre o tratamento de crianças com hipoplasia abdominal

Renata Ungier

importante participação no que diz respeito às repetidas infecções respiratórias, à constipação crônica e à disfunção vesical, freqüentemente associadas à síndrome (Crompton et al., 1993; Ewig et al., 1996; Greskowich e Nyberg Junior, 1988).

Além disso, ao longo do crescimento e do desenvolvimento motor da criança, tal deficiência provoca outras anormalidades no sistema músculo-esquelético, manifestando desvios posturais diversos (Lam e Mehdián, 1999). As pneumonias de repetição, provocadas em larga medida pela dificuldade com o mecanismo de tosse, fazem com que as crianças necessitem de acompanhamento em fisioterapia respiratória, no sentido de auxiliar a eliminação das secreções pulmonares.

Centro de referência para esta doença no país, o Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz) abriu as portas de seu ambulatório de fisioterapia respiratória para uma abordagem fisioterapêutica centrada no método G.D.S., no intuito de possibilitar uma contemplação mais ampla e global dos acometimentos de seus pacientes. Este trabalho foi descrito detalhadamente em uma dissertação de mestrado, apresentada à mesma institui-



Figura 1: Criança com Síndrome de Prune Belly.

ção (Ungier, 2005). Foi realizado, então, o relato narrativo do tratamento fisioterapêutico de quatro crianças do sexo masculino, entre 8 meses e cinco anos de idade, segundo a ótica do método G.D.S. de cadeias musculares.

Deste ponto de vista, o quadro que se apresenta é bastante curioso. Em termos musculares, observa-se uma carência importante na região de AM, representada pela musculatura abdominal e pelo períneo. Cabe ressaltar que, em todos os pacientes que participaram da pesquisa, o músculo reto abdominal (AM) era o que apresentava hipoplasia mais severa. Além disso, o períneo, já debilitado pela própria conformação da síndrome, é pouco estimulado, por conta da constipação crônica e pelos distúrbios vesicais (os pacientes necessitam, em geral, de vesicostomia, ureterostomia ou pielostomia). Por outro lado, o aspecto visceral se manifesta por uma disfunção no terreno PM, inclusive com uma exacerbação dos órgãos ligados a essa estrutura (megarim, mega-bexiga). Em suma, caracteriza-se uma forte descompensação no equilíbrio entre AM e PM no tronco.

Dada a ausência de AM em sua residência e em seu feudo, identificamos imediatamente dois desdobramentos: PL marca seu excesso na bacia, frente à ausência do períneo, bloqueando as articulações coxo-femorais em rotação externa; e PM se marca no tórax, uma vez que AM se vê incapaz de imprimir a marca útil de manutenção do pivô D8 no ápice da cifose dorsal. A carência exagerada de AM no tronco abre as portas para um domínio de PM e PL de tal magnitude que AL se vê também sufocada, tornando-se incapaz de imprimir sua marca útil de ancoragem da cintura escapular, pelo músculo grande dorsal.

A situação da cadeia PA-AP é ainda mais complexa. Por um lado, a desestruturação de PM e AM a impede de exercer seu papel anti-gravitário. Por outro, os bloqueios causados pelo desequilíbrio entre as demais cadeias, aliados à dificuldade respiratória inerente à síndrome, entravam a ritmicidade que ela deveria imprimir, tanto na atitude postural quanto na própria respiração.

Embora todas as cadeias musculares participem na construção dos desequilíbrios corporais das crianças com síndrome de prune belly, o que se observa de fato é uma grande semelhança entre suas atitudes posturais e aquela descrita por Campignon (1996), relacionada ao excesso de tensão na cadeia PM (figura 2). Isto ocorre porque, apesar do papel desempenhado pelas demais, é no domínio de PM sobre AM, na dualidade entre o aspecto visceral e o músculo-esquelético, que reside o centro da questão relativa às dificuldades mo-

toras destas crianças. Assim, elas apresentarão o tórax com grandes diâmetros, o esterno horizontalizado, a diminuição da pressão intra-abdominal (agravada pela inatividade perineal), o trabalho em corda de arco dos para-vertebrais, a extensão cervical, enfim, os múltiplos aspectos relacionados à estrutura PM, somados às marcas PL e AL já descritas. Por outro lado, o foco de ação da terapia deverá ser, essencialmente, o restabelecimento da mecânica de PA-AP, fundamental para a recuperação da função respiratória que, conforme citado acima, consiste em um dos principais fatores de morbimortalidade da doença. É sabido, no entanto, que a ritmicidade e a liberdade de PA-AP só podem ser restauradas uma vez que todas as demais estruturas tenham alcançado um certo grau de equilíbrio.

Campignon (1996, p. 41) afirma que *“respiração e estática são inegavelmente ligadas. O diafragma, ator principal da respiração, depende da estática. Ele é também ator no empilhamento vertebral correto”*. De fato, um acometimento respiratório irá necessariamente implicar em uma alteração da mecânica respiratória, o que provocará uma alteração da mecânica corporal global. Da mesma maneira, uma atuação fisioterapêutica sobre a mecânica global, aí incluída a respiração, poderá ter efeitos benéficos sobre a função respiratória do ponto de vista visceral. Isto pôde ser observado nos pacientes do estudo, que obtiveram, com o tratamento pelo método GDS, uma sensível melhora do quadro respiratório, assim como a total remissão do quadro de constipação crônica.

De fato, o diafragma, principal músculo da respiração, desempenha um papel decisivo para o controle postural. É interessante notar, ainda, a importância do duplo papel deste músculo e do transverso do abdômen, como atores primordiais na modulação entre postura e respiração. Os estudos de Hodges et al. (1997a, 1997b, 2000a, 2001b) sobre a solidariedade entre diafragma e transverso do abdômen,



Figura 2: Atitude postural de criança com Síndrome de Prune Belly.

tanto nas tarefas posturais quanto nas respiratórias, reforçam a posição de Denys-Struyf (1997) e Campignon (2001), que situam ambos os músculos na mesma cadeia músculo-aponeurótica. Hodges e Richardson (1997, 1999) sugerem que o transversos do abdômen seria um músculo mais ligado à estabilidade postural, enquanto que os músculos abdominais superficiais atuariam predominantemente no movimento. De fato, Denys-Struyf e Campignon classificam o primeiro na cadeia muscular pósterio-anterior, cuja função responde pelo controle antigravitário reflexo, enquanto que os oblíquos pertenceriam às cadeias pósterio-lateral (oblíquos externos) e ântero-lateral (oblíquos internos), que respondem essencialmente pela dinâmica, apesar de desempenharem, como qualquer músculo, um papel também na estática. O reto abdominal, classificado na cadeia ântero-mediana, teria uma atuação preferencialmente sobre a estática postural. De qualquer modo, as pesquisas apontam para o papel fundamental destes grupos musculares, não apenas para a biomecânica respiratória, mas para a organização postural em sua globalidade.

Campignon (1996) pontua a dimensão em que respiração e estática vertebral estarão conectadas, fazendo com que uma organização vertebral satisfatória ofereça um bom ponto fixo para a descida do centro frênico na inspiração e, ao mesmo tempo, uma função diafragmática bem coordenada favoreça o bom funcionamento de todas as estruturas – viscerais e mio-articulares – a ele relacionadas.

Os músculos abdominais, em especial o transversos do abdômen, cumprem uma dupla função mecânica, fundamental tanto para a respiração quanto para a postura. Sua ativação no tempo inspiratório contém a projeção anterior das vísceras, gerando um ponto de apoio para a descida do centro tendíneo diafragmático, facilitando a expansão da caixa torácica e dos pulmões; além disso, independentemente do tempo respiratório, diafragma e transversos do abdômen realizam uma co-contracção reflexa de ajuste postural (antecipatória ao movimento) que, somada à resposta contrátil do períneo, aumenta a pressão intra-abdominal, estabilizando a coluna lombar e, conseqüentemente, preservando o eixo corporal (Cholewicki et al., 1999a, 1999b; Ewig et al., 1996; Gardner-Morse e Stokes, 1998; Granata e Marras, 2000; Hodges et al., 1997a, 1997b, 2001a, 2001b; Hodges e Gandevia, 2000a; Janda et al., 2003). Dado que a conformação dos músculos oblíquos e retos abdo-

minais os torna incapazes de produzir a pressurização intra-abdominal, este papel seria, então, desempenhado pelo diafragma e os transversos do abdômen (Cholewicki et al., 2002a; Daggfeldt e Thorstensson, 1997; Stokes e Gardner-Morse, 1999).

O períneo, também chamado diafragma pélvico, tem a função de sustentar a pressão exercida pelas vísceras abdominais. Na respiração, a descida do centro frênico e a correspondente co-contracção da musculatura abdominal tendem a empurrar caudalmente as vísceras, provocando um estiramento do períneo. Este realiza, por sua vez, uma contracção, sinérgica aos músculos supracitados, deflagrada pelo reflexo miotático, que, ao impedir a descida do conteúdo abdominal, aumenta ainda mais a pressão intra-abdominal, facilitando tanto a função respiratória quanto a estabilização postural (Campignon, 1996, 2004; Janda et al., 2003; Kahle, 1996; Schmeiser e Putz, 2000).

A ação coordenada do diafragma com os músculos abdominais e do assoalho pélvico promove a modulação entre as três pressões (diafragmática, intra-abdominal e pleural), tornando-o capaz de promover, simultaneamente, a deflagração da inspiração (com a correspondente mobilização da caixa torácica) e a participação no mecanismo de estabilização da coluna (Hodges e Gandevia, 2000b; Hodges et al., 1997a, 1997b).

Cholewicki et al. (1999a) evidenciam, a partir de modelos biomecânicos, que a estabilização lombar prescinde da ativação da musculatura paravertebral, salvo frente ao esforço ou ao exercício, em que esta deve se dar em sinergia com os músculos abdominais, que geram o aumento da pressão intra-abdominal. Segundo os autores, quando a musculatura paravertebral se mantém em níveis modestos de contracção e a musculatura abdominal age aumentando a pressão intra-abdominal, ocorre uma ereção anti-gravitária reflexa em todos os segmentos da coluna. Esta premissa confirma o ponto de vista de Denys-Struyf (1996), que descreve a possibilidade de PA emergir a partir de um bom equilíbrio entre AM e PM. Ela ressalta que o papel estático dos paravertebrais, pertencentes à cadeia muscular pósterio-mediana (PM), seria tão-somente de erigir o corpo, impedindo sua queda para frente. Qualquer contracção além deste grau constituiria um excesso de atividade.

Em relação ao tratamento propriamente dito, cabe lembrar um preceito básico que norteia a abordagem pelo método GDS: o terapeuta só é capaz de entrar por onde o paciente abre a porta. Nesse sentido, a porta que se abre, no caso dos pacientes deste estudo, é muito



Figura 3: “Brincadeiras” do elevador e da borboleta.

fácil de ser encontrada. Uma vez que se trata de crianças, não podem restar dúvidas de que esta porta é a do AP. O AP é o lúdico, a brincadeira, a música, a festa. É evidente que estas crianças necessitam ter sua AM nutrida, de diversas formas. Mas até mesmo sua AM pode ser nutrida pela via AP. Todo o tratamento foi orientado por este princípio. Cada manobra, cada exercício, recebia uma “roupagem” de brincadeira e tinha uma canção associada. Os pacientes eram estimulados a cantar junto e a ensinar as “brincadeiras” aos irmãos, para que o trabalho pudesse continuar em casa.

Desta forma, tanto as condutas de terapia manual, como modelagens, descolamentos da pele e “acordagens”, como exercícios de alongamento, isométricos, proprioceptivos e outros recebiam nomes de brincadeiras, como “caracol”, “borboleta”, “elevador”, etc. (figura 3). A distribuição de todas estas técnicas ao longo das consultas variava para cada criança, sendo respeitada, sempre que possível, a sua vontade. Assim, muitas vezes, o próprio paciente conduzia a sessão, indicando a “brincadeira” que gostaria de desempenhar a seguir. Dessa maneira, a criança experimentava uma autonomia que singularizava a abordagem, fazendo-a sentir-se, de certa forma, responsável pelo próprio tratamento. Esse aspecto se mostrou, indubitavelmente, fundamental para a obtenção de melhores resultados.

É importante lembrar que os pacientes que participaram desta pesquisa, além de terem nascido com uma doença potencialmente ameaçadora da existência (o

que, em si, já constitui uma fonte de PM), doença esta que se caracteriza pelo domínio de PM sobre AM, ainda vivenciaram, ao longo de suas vidas, uma série interminável de internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos, condutas invasivas, enfim, dor, desconforto, insegurança. Por mais que seus pais sejam fontes inesgotáveis de amor e acolhimento, não se pode negar que tais crianças vivenciam, muito cedo, um mundo excessivamente PM. Este fato não poderia ser negligenciado pela terapêutica, que buscava incluir o AM em sua atmosfera lúdica. Eles precisavam, realmente, de AP para flexibilizar seus corpos e lhes permitir serem “crianças”, e de AM para organizar sua postura e estruturar seu psiquismo. Neste sentido, condutas não convencionais, estranhas ao ambiente do ambulatório, eram adotadas, no intuito de promover segurança, aconchego e conforto à criança, além de facilitarem a abordagem da terapeuta. Destaca-se a utilização da maca como se fosse um tatame (figura 4), permitindo que as manobras fossem realizadas com o paciente no colo, o que produzia um efeito inusitado e divertido sobre ele (e sobre o restante da equipe, que não estava habituada a ver uma fisioterapeuta descalça, sobre a maca, com o paciente no colo...).

A adesão foi um fator primordial para o sucesso do tratamento. A proposta lúdica foi responsável, em larga medida, pela adesão dos pacientes. Mas de igual importância foi a participação dos pais, motivados por uma perspectiva tangível de melhora da qualidade de vida



Figura 4: Abordagem AM-AP.

de seus filhos. Da mesma maneira, a melhora do quadro motor e respiratório das crianças possibilitou o apoio dos demais profissionais do ambulatório, o que viabilizou a continuidade do trabalho em condições favoráveis.

Para esta exposição, vamos tomar como exemplo dois dos quatro pacientes acompanhados no estudo, por apresentarem características interessantes para nossa discussão em termos da abordagem GDS. Serão usados pseudônimos na referência a estas crianças.

Quando iniciou seu tratamento pelo método GDS, Léo tinha três anos de idade e apresentava um quadro respiratório relativamente estável, apesar de já ter passado por períodos de acentuada gravidade. Por outro lado, o primeiro exame do aparelho locomotor evidenciou, flagrantemente, um severo bloqueio nas articulações coxofemorais, cujo teste de mobilidade articular já provocava dor em um grau de amplitude bastante reduzido. O menino apresentava importante displasia de quadril bilateral, com má-formação das cabeças femorais e acetábulos (figura 5). De fato, Léo se mostrou o mais comprometido dos quatro meninos do ponto de vista ósteo-mio-articular, porém sua evolução em termos funcionais foi impressionante.

O menino, de fato, não era capaz de sentar-se com as pernas cruzadas sem cair para trás, tamanha a falta de flexibilidade dos quadris (figura 6). Este quadro mostrou poucos indícios de melhora por um longo período. Nota-se a forte rotação interna dos membros inferiores, especialmente à esquerda, onde inclusive ocorre



Figura 5: Radiografia de quadril de Léo, evidenciando displasia bilateral.



Figura 6: Léo brinca sentado, março de 2001.

maior resistência à mobilização passiva e, conseqüentemente, onde a dor se manifesta mais rapidamente.

As figuras 7 e 8 evidenciam a retração da musculatura paravertebral lombar e glútea. Tais espasmos musculares constituem uma tentativa de restituir o equilíbrio do corpo no plano sagital, compensando o peso do abdômen e a insuficiência da musculatura anterior. Entretanto, por estarem exacerbados, mantêm a pelve em severa anteversão e contribuem para o bloqueio coxofemoral.

Foi realizado intenso trabalho de reorganização da motricidade, em que Léo se mostrou sempre cooperativo, divertindo-se com todas as atividades propostas e submetendo-se sem protestos às condutas passivas de terapia manual.



Figura 7: Léo, vista posterior (março 2001).



Figura 8: Léo de perfil (julho 2003).



Figura 9: Léo sentado (julho 2003).

Entretanto, o trabalho se restringia àquele realizado nas sessões: por mais que se explicasse a importância da continuidade em casa, a mãe sempre alegava falta de tempo e de disponibilidade para fazer os exercícios com seu filho, o que fazia com que o progresso se desse de maneira muito lenta. Ainda que, ao final de cada sessão, fosse alcançado um patamar melhor em termos de flexibilidade mio-articular, tudo se perdia até a semana seguinte...

Até que, oito meses depois da primeira avaliação, um acontecimento veio a modificar este quadro. Léo tinha começado a freqüentar a pré-escola. Certo dia, entrou no ambulatório, subiu na maca e, imediatamente, sentou-se com as pernas cruzadas (figura 9). Olhou, então, para mim, abrindo um largo sorriso.

Voltei-me para a mãe, exultante, e aplaudi: "Parabéns, mãe! Você tem feito os exercícios!". Ao que ela retrucou, sem muito entusiasmo: "Eu, não. Ele faz sozinho...". Ligeiramente incrédula, pedi ao menino que me mostras-

se as "brincadeiras da tia Rê" que ele fazia em casa, sendo surpreendida por uma execução bastante razoável de toda uma seqüência de exercícios (figura 10).

Mesmo que os posicionamentos não estivessem rigorosamente corretos, o que não tinha realmente muita importância, os objetivos das atividades puderam ser alcançados. Poucas semanas depois, nova surpresa: a mãe chega ao ambulatório, dizendo que Léo tinha lhe pedido que trouxesse algo para me mostrar. Ela tira da bolsa uma fotografia, obtida na escola de Léo, em que a professora se encontrava sentada no chão, com a turma, formando um círculo, como é comum em turmas de pré-escola. Entre as crianças, estava Léo, sentado de pernas cruzadas, igual aos coleguinhas, empertigando o tronco para aparecer na foto, com o mesmo largo sorriso, evidenciando o orgulho desta conquista. Sem dúvida, o desejo de que eu visse a foto denotava uma certa cumplicidade, um atestado de que o menino acreditava que, de alguma maneira, o nosso trabalho

havia rendido frutos importantes para sua vida. O fato é que, aos quatro anos de idade, Léo tomou as rédeas de seu tratamento, ao perceber o quanto este poderia ajudá-lo a realmente pertencer ao grupo do qual ele passava a fazer parte. Este episódio acende os holofotes sobre a relevância da valorização dos aspectos psico-sociais nos processos de tra-



Figura 10: Léo faz os exercícios sozinho



tamento e nas relações entre pacientes e profissionais de saúde, mesmo quando as individualidades em questão dizem respeito a crianças ainda tão pequenas.

Outro exemplo particularmente interessante é o de Thiago, o único do grupo a iniciar o tratamento antes de haver conquistado o ortostatismo e a marcha, o que permitiu a supervisão de todo este processo. Thiago apresenta um caso particular de Síndrome de Prune Belly, em que a hipoplasia abdominal se marca acentuadamente à direita, conferindo um aspecto assimétrico à sua atitude postural (figura 11).

No início do tratamento, aos oito meses de idade, o menino estava começando a manter-se sentado sem apoio. Foi capaz de ficar de pé poucos meses depois, mas observaram-se alterações severas em sua atitude postural, especialmente nos membros inferiores (figura 12).

A radiografia do quadril evidenciava luxação congênita à direita, o mesmo lado do comprometimento muscular mais acentuado (figura 13).

Apesar do importante bloqueio na articulação coxofemoral direita, e da dificuldade imposta pela idade do paciente, um trabalho eficiente pôde ser iniciado, a partir de manobras de terapia manual e das “brincadeiras” de alongamento, mobilização e reprogramação motora. Thiago sentia muito desconforto na manipulação, o que foi respeitado, na medida em que a abordagem se dava da maneira mais suave possível. A participação ativa da mãe, durante as sessões, foi fundamental para o sucesso do tratamento. Ao contrário do caso anterior, toda a família (pai, mãe e irmãos) se empenhou na continuidade das condutas domiciliares. Todo este contexto foi decisivo para que o menino estruturasse uma atitude postural saudável e desenvolvesse uma

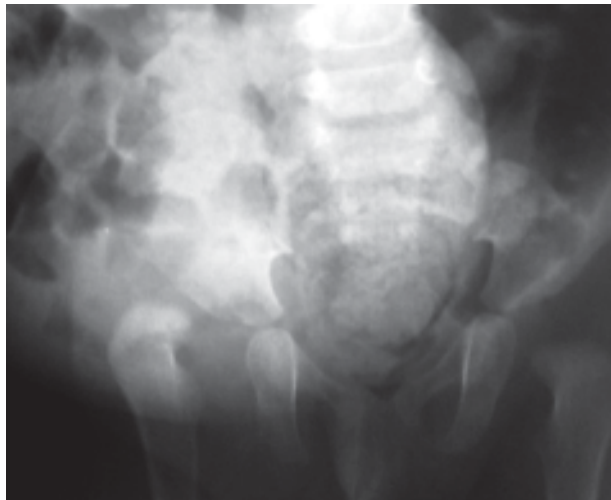


Figura 13: Thiago, radiografia do quadril em vista antero-posterior (AP), outubro 2001

marcha normal, sendo hoje capaz de correr, jogar futebol, andar de bicicleta, etc. (figura 14).

A prática clínica do método GDS é norteada pelo pressuposto de que a mecânica corporal funciona como um todo indissociável, como uma engrenagem em que cada peça atua em íntima relação com todas as outras, estando esta mecânica ligada aos demais aspectos que constituem o indivíduo. Partindo da premissa de que a respiração não se desvincula da totalidade do corpo, adotou-se uma perspectiva de atendimento que valorizava o caráter global, incluindo não apenas a biomecânica corporal, mas também aspectos subjetivos, como o psiquismo e o comportamento.



Figura 11: Thiago, 8 meses (maio 2001).



Figura 12: Thiago de pé (novembro 2001).



Figura 14: Thiago (agosto 2003).

Tais princípios convergem para um dos conceitos mais caros às novas propostas em saúde coletiva no Brasil: a integralidade (Mattos, 2001). Inegavelmente, a inserção do método GDS no atendimento a pacientes de um hospital federal de referência se revelou um terreno fértil para o debate sobre os caminhos a serem seguidos pela fisioterapia no âmbito da saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campignon P. *Respir-Actions*. Bruxelas: ICTGDS; 1996.
- Campignon P. *Les chaînes musculaires et articulaires - Concept G.D.S. - Aspects biomécaniques - Notions de base*. Bruxelas: ICTGDS; 2001.
- Campignon P. *Les chaînes musculaires et articulaires - Méthode G.D.S. - La chaîne antéro-laterale*. Bruxelas: I.C.T.G.D.S.; 2004.
- Cholewicki J, Ivancic PC, Radebold A. Can increased intra-abdominal pressure in humans be decoupled from trunk muscle co-contraction during steady state isometric exertions?. *Eur J Appl Physiol* 2002a; 87 (2): 127-33.
- Cholewicki J, Juluru K, McGill SM. Intra-abdominal pressure mechanism for stabilizing the lumbar spine. *J Biomech* 1999a; 32 (1): 13-7.
- Cholewicki J, Juluru K, Radebold A, Panjabi MM, McGill SM. Lumbar spine stability can be augmented with an abdominal belt and/or increased intra-abdominal pressure. *Eur Spine J* 1999b; 8 (5): 388-95.
- Crompton CH, Maclusky IB, Geary DF. Respiratory function in the prune-belly syndrome. *Arch Dis Child* 1993; 68 (4): 505-6.
- Daggfeldt K, Thorstensson A. The role of intra-abdominal pressure in spinal unloading. *J Biomech* 1997; 30 (11-12): 1149-55.
- Denys-Struyf G. *Le manuel du méziériste*. Paris: Frison-Roche; 1996.
- Denys-Struyf G. *Les chaînes musculaires et articulaires*. Bruxelas: ICTGDS; 1997.
- Ewig JM, Griscom NT, Wohl ME. The effect of the absence of abdominal muscles on pulmonary function and exercise. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153 (4 Pt 1): 1314-21.
- Gardner-Morse MG, Stokes IA. The effects of abdominal muscle coactivation on lumbar spine stability. *Spine* 1998; 23 (1): 86-91.
- Granata KP, Marras WS. Cost-benefit of muscle cocontraction in protecting against spinal instability. *Spine* 2000; 25 (11): 1398-404.
- Greskovich FJ, Nyberg Junior LM. The prune belly syndrome: a review of its etiology, defects, treatment and prognosis. *J Urol* 1988; 140 (4): 707-12.
- Hodges PW, Butler JE, McKenzie DK, Gandevia SC. Contraction of the human diaphragm during rapid postural adjustments. *J Physiol* 1997a; 505 (Pt 2): 539-48.
- Hodges PW, Cresswell AG, Daggfeldt K, Thorstensson A. In vivo measurement of the effect of intra-abdominal pressure on the human spine. *J Biomech* 2001a; 34 (3): 347-53.
- Hodges PW, Gandevia SC. Activation of the human diaphragm during a repetitive postural task. *J Physiol* 2000a; 522 (Pt 1): 165-75.
- Hodges PW, Gandevia SC. Changes in intra-abdominal pressure during postural and respiratory activation of the human diaphragm. *J Appl Physiol* 2000b; 89 (3): 967-76.
- Hodges PW, Gandevia SC, Richardson CA. Contractions of specific abdominal muscles in postural tasks are affected by respiratory maneuvers. *J Appl Physiol* 1997b; 83 (3): 753-60.
- Hodges PW, Heijnen I, Gandevia SC. Postural activity of the diaphragm is reduced in humans when respiratory demand increases. *J Physiol* 2001b; 537 (Pt 3): 999-1008.
- Hodges PW, Richardson CA. Contraction of the abdominal muscles associated with movement of the lower limb. *Phys Ther* 1997; 77 (2): 132-42.
- Hodges PW, Richardson CA. Transversus abdominis and the superficial abdominal muscles are controlled independently in a postural task. *Neurosci Lett* 1999; 265 (2): 91-4.
- Janda S, Van der Helm FC, De Blok SB. Measuring morphological parameters of the pelvic floor for finite element modelling purposes. *J Biomech* 2003; 36 (6): 749-57.
- Kahle W, Leonhardt H, Platzer W. *Anatomie*. Paris: Flammarion Medicine-Sciences; 1996.
- Lam KS, Mehdián H. The importance of an intact abdominal musculature mechanism in maintaining spinal sagittal balance. Case illustration in prune-belly syndrome. *Spine* 1999; 24, (7): 719-22.
- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001. p. 39-64.
- Schmeiser G, Putz R. *Anatomie und funktion des beckenbodens*. Radiologe 2000; 40 (5): 429-36.
- Stokes IA, Gardner-Morse M. Quantitative anatomy of the lumbar musculature. *J Biomech* 1999; 32 (3): 311-6.
- Ungier R. *Interações biomecânicas entre a organização postural global e a respiração: um olhar ampliado sobre a fisioterapia dirigida a crianças com doença respiratória [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Woodard JR. Prune-Belly Syndrome. In: Kelalis PP, King LR, Belman AB, organizadores. *Clinical Pediatric Urology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1985. p. 805-823.

“Qual é a coisa mais difícil?”

Aquela que te parece a mais fácil:

Ver com os teus olhos

O que se encontra diante dos teus olhos.”

Goethe

No presente trabalho serão apresentados três casos clínicos de pacientes que acompanho, portadores de hérnia discal lombar. Contudo, farei uma pequena introdução sobre a leitura do método GDS.

Segundo Mme. Struyf, um dos principais objetivos do método GDS é “nos ensinar a ler o que o corpo diz e a identificar o terreno de predisposição”.

A noção de terreno é formada pelas atitudes posturais “psicomecânicas” (psicológicas e biomecânicas), contendo características recebidas e adquiridas que constroem a personalidade. Em outras palavras, todos os nossos gestos, posturas e ações expressam nossos pensamentos, intenções, emoções e maneira de ser, apresentando elementos recebidos (potencial de base) e adquiridos (influenciadas pela educação). Os músculos são ferramentas dessas expressões, que ao se repetirem no tempo vão deixando “marcas” corporais que nos personalizam, ou seja, caracterizam a pessoa. Essas marcas podem ser benéficas, aceitáveis ou prejudiciais. Neste trabalho citarei algumas marcas prejudiciais que propiciaram um terreno favorável ao surgimento de hérnia de disco lombar.

Para se compreender melhor a noção de terreno no método GDS é importante realizar, além da semiologia clássica fisioterápica, a leitura da pulsão psicocorporal, a leitura das marcas segmentares e o teste de elasticidade das cadeias musculares.

A pulsão psicocorporal é uma forma do corpo se equilibrar e se opor à gravidade. Ela é dependente de uma motivação interna, de uma necessidade interior.

As marcas segmentares são marcas de expressão psicocorporais.

Abordagem sobre avaliação na hérnia discal lombar

Fatima Rosas

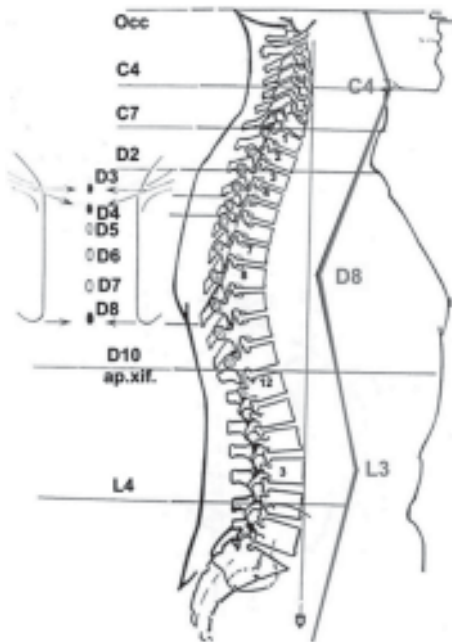


Fig. 1

No teste de elasticidade das cadeias musculares avaliam-se as seis famílias de músculos que Mme. Struyf descreveu e que servem como instrumentos de comunicação e função corporal.

No desenvolvimento deste trabalho, devido à quantidade de dados abordados na avaliação dos pacientes, considere importante destacar a leitura da pulsão psicocorporal, a análise dos segmentos e curvaturas da coluna vertebral no RX e a avaliação dos ângulos da pelve. Desta forma, todas as figuras serão apresentadas em perfil, a fim de que se mostre a leitura das cadeias de tensão miofascial e dos desalinhamentos das massas no sentido antero-posterior e pósterio-anterior (plano sagital), bem como as principais marcas prejudiciais.

No equilíbrio do homem de pé, para que a massa pélvica, torácica e cefálica se mantenham alinhadas, é necessário que os segmentos proclives e declives, alavancas articuladas da coluna vertebral pelo método G.D.S., se encontrem em L3, D8 e no disco C4-C5 (ou C7, em certos casos), que são pivôs ou dobradiças entre esses segmentos.(Fig. 1)

O segmento proclive inferior compreende o coccix, o sacro, L5 e L4. Este conjunto forma a alavanca lombo-sacroccílgiana. O segmento declive inferior vai de L2 a D9. O segmento proclive superior compreende as vértebras acima de D7 até C4-C5 (ou D1, em certos casos). O segmento declive superior vai de C4 (ou C7, em certos casos) ao occipital. O bom posicionamento desses segmentos na coluna vertebral garante curvaturas fisiológicas equilibradas sem compressão dos discos intervertebrais.

Na geometria da pelve, foram avaliados quatro ângulos de orientação com o objetivo de compreender a forma e a posição do sacro em relação a lombar e aos íliaos (Fig.2).

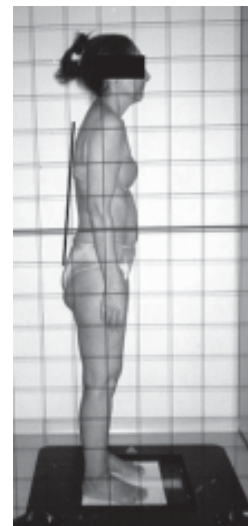
O ângulo de conformação do promontório sacral neutro é de 60° . Se estiver aumentado significa um platô mais vertical, favorecendo a lordose lombar. Se estiver diminuído significa um platô mais horizontal, favorecendo a delordose lombar.

O ângulo de inclinação do platô sacral em relação a horizontal (Sèze) é de 30° a 34° . Se estiver diminuído significa um sacro mais horizontal (nutado). Se estiver aumentado significa um sacro mais vertical (contranutado).

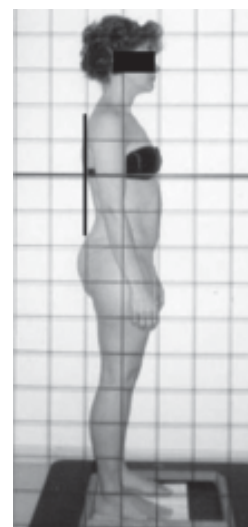
O ângulo de orientação lombo-sacro neutro é de 130° . Se estiver diminuído significa uma extensão (reco) das vértebras lombares ou um sacro horizontal. Se estiver aumentado significa um sacro vertical ou flexão das vértebras lombares.

O ângulo G.D.S. define a orientação do sacro e do íliaco no espaço. O valor médio é de 51° mais ou menos 1° . Se estiver diminuído significa uma contranutação sacro-íliaca. Se estiver aumentado significa uma nutação sacro-íliaca.

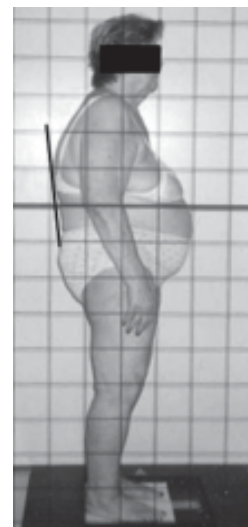
Nas três fotos ao lado, observa-se em que pulsão psicocorporal as pacientes escolheram para se equilibrarem.



Paciente A



Paciente B



Paciente C

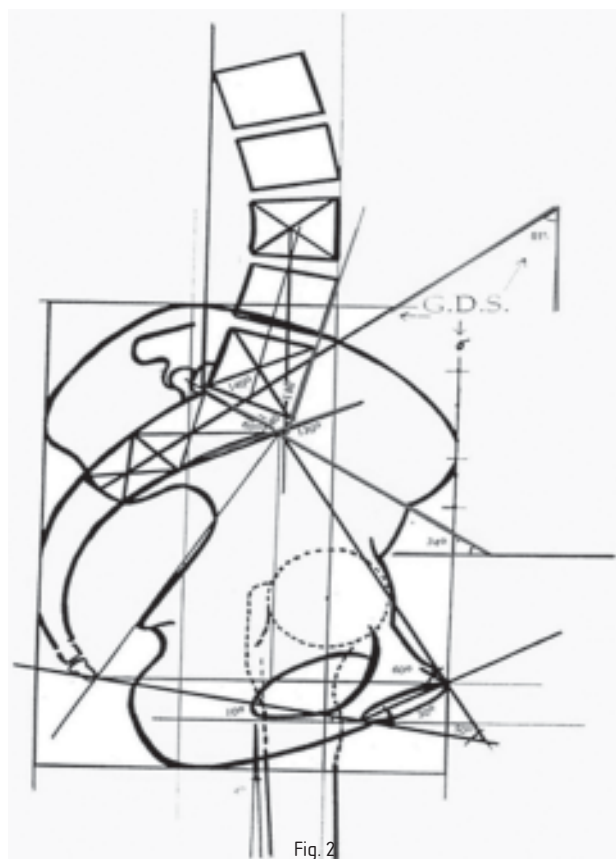


Fig. 2

A paciente "A" está mais apoiada nos seus antepés, favorecendo uma pulsão para frente, porém para baixo. Esta pulsão PM é motivada pela necessidade de ação, de desempenho, de ser útil.

A paciente "C" está mais apoiada nos seus calcanhares, favorecendo uma pulsão para trás e para baixo. Esta pulsão AM é motivada por uma necessidade de afeto, de ser amada.

A paciente "B" não está nem para frente nem para trás. Sua pulsão é mais vertical e mais para cima. Esta pulsão PA é motivada pela necessidade de ideal.

PACIENTE A

Idade: 56 anos

Profissão: médica

Diagnóstico médico: hérnia discal lombar; cialgalgia esquerda até 1/3 superior de coxa; parestesia em face lateral de pé esquerdo.

Ressonância magnética: protusões discais difusas de L1-L2 a L3-L4, tocando a face ventral do saco dural. (Fig.3)

Resumo do relato da paciente: Bastante esforçada e dedicada em tudo que faz. Trabalha em três hospitais, assumindo uma chefia. Separada com dois filhos, sempre assumiu as despesas e responsabilidades do lar. Na sua infância sofreu uma grande perda familiar.

Exame fisioterápico:

Desalinhamento das massas: massa pélvica antebasculada (PM), massa torácica propulsionada para frente (PM), porém em leve flexão anterior (AM), massa cefálica basculada para trás (PM). (Fig.4)

Marcas segmentares: discreta flexão dos joelhos (AM); diminuição da lordose lombar (PM); pequeno diâmetro antero-posterior do tórax com afundamento esternal e depressão submamária (AM); tensão no plexo solar (AM); elevação dos ombros (AM-PL); flexão posterior de cabeça (PM); recuo do maxilar inferior (AM). (Fig.4)

RX panorâmico: o disco L4-L5 e a vértebra D7 são os pivôs entre as alavancas. Aumento do segmento declive inferior e diminuição do segmento proclive inferior. Extensão das vértebras lombares de L1 a L4 com diminuição das curvaturas lombar e dorsal (PM). (Fig.5)

Geometria da pelve: ângulo do promontório 58° (PM); ângulo de Sèze 37° , sacro nutado (PM); ângulo lombo-sacro 126° , sacro nutado e L5 quase horizontalizada (PM); ângulo G.D.S. 60° , nutação sacro-ilíaca (PM-PL). (Fig.5)

Teste de elasticidade das cadeias: ausência de rigidez, contudo o osso esterno encontra-se fixado ao ser solicitado uma inspiração forçada.



Fig. 3

Diagnóstico fisioterápico:

Diante das pistas aqui apresentadas e de outras contidas na avaliação da paciente, podemos sugerir que as cadeias miofasciais AM e PM encontram-se em constante competição. Segundo Mme. Struyf, "o indivíduo PM, em seu desejo de ação, é propulsionado para frente, como se seu esterno horizontalizado o levasse consigo. A ação benéfica de AM serviria para controlar o excesso do antagonista PM". Contudo, creio que o esterno da paciente fixado em AM revele sua dificuldade de reconhecer a si própria e a necessidade cons-

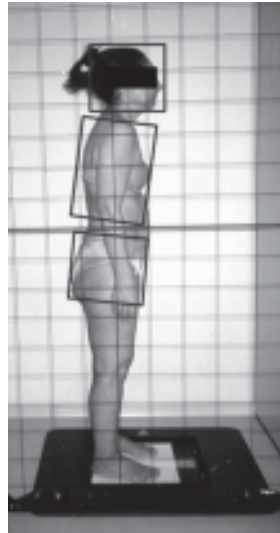


Fig. 4



Fig. 5

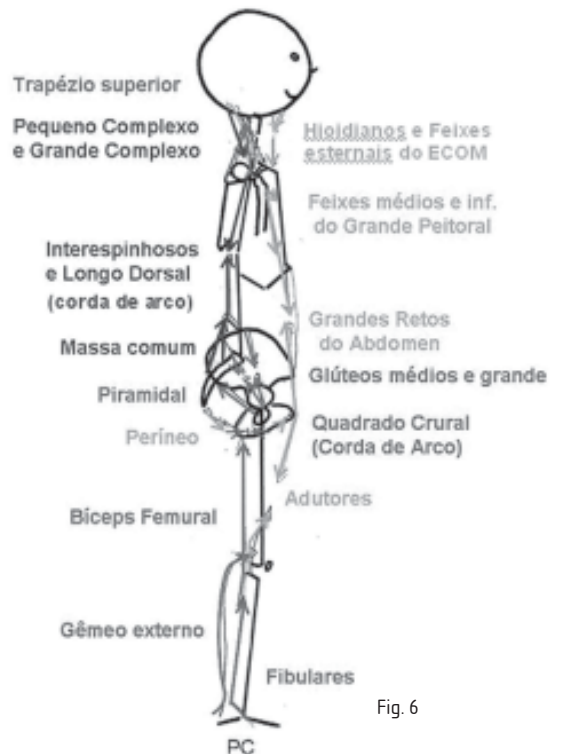


Fig. 6

tante de ser reconhecida e amada pelos outros. Assim, AM freia a boa ação de PM e este, por sua vez, reage, invertendo seu ponto fixo nos músculos paravertebrais. AM tenta conter a reação de PM no sacro e coloca o cóccix em flexão. PL se combina com AM, talvez para permitir uma expansão do trauma sofrida na infância. Na bacia, o sacro está horizontalizado por PM, PL bascula os ilíacos para trás. Na cintura escapular, PL eleva os ombros e AM os leva para frente. (Fig.6)

Segundo Mme. Struyf “um excesso que se desenvolve em certas cadeias sem potencial genético corre o risco de contrariar o que estava previsto e favorece as escaladas de tensão entre cadeias adquiridas e aquelas que estão em relação com o potencial”. Desta forma, o excesso da cadeia AM favoreceu uma reatividade da cadeia PM, que trabalhando em corda de arco, diminuiu a curvatura lombar fisiológica. A tensão constante da cadeia AM levou a uma compressão intra discal lombar, permitindo um terreno favorável a hérnia discal lombar. (Fig.7)

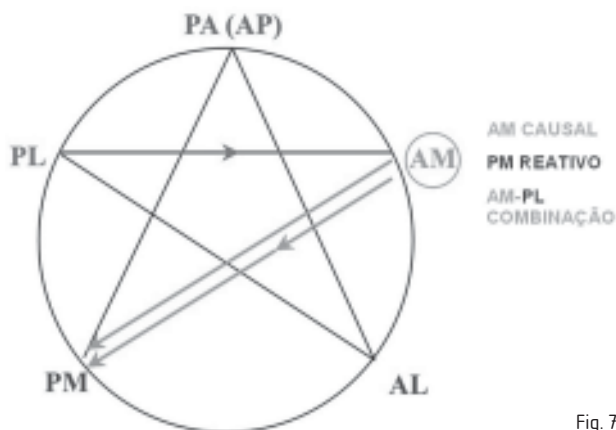


Fig. 7

PACIENTE B

Idade: 39 anos

Profissão: Fisioterapeuta

Diagnóstico médico: hérnia discal lombar; cialgia esquerda até 1/3 inferior de coxa.

Ressonância magnética: hérnia de disco póstero-mediana lateralizada a esquerda em L5-S1; discopatia degenerativa em L4-L5. (Fig.8)

Resumo do relato da paciente: tem um grande desejo de ser professora universitária de uma grande universidade pública. Atualmente faz mestrado, tem três filhos pequenos e precisa trabalhar para colaborar com o orçamento doméstico. Dorme muito tarde para estudar e pesquisar e acorda muito cedo para trabalhar e cuidar da família, ou seja, dorme muito pouco.

Exame fisioterápico:
Alinhamento das massas pélvica, torácica e cefálica (PA). (Fig.9)

Marcas segmentares: esterno em leve horizontalidade (PM); leve aumento do tórax no sentido antero-posterior (PM); tórax em inspiração (PA); retificação cervical (PA); cabeça ativa (PA). (Fig.9)

RX panorâmico: o disco L4-L5, as vértebras

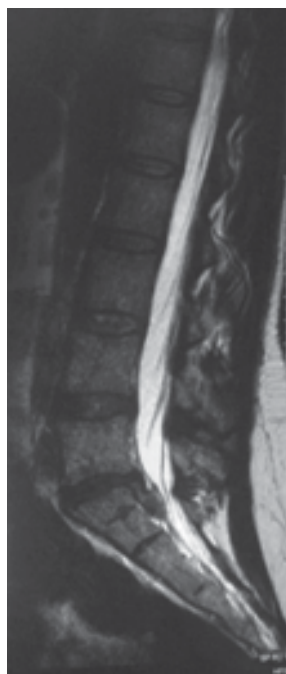


Fig. 8

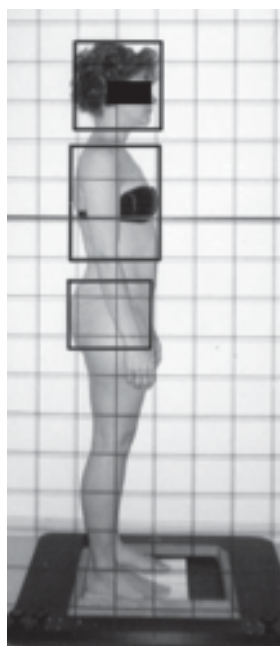


Fig. 9

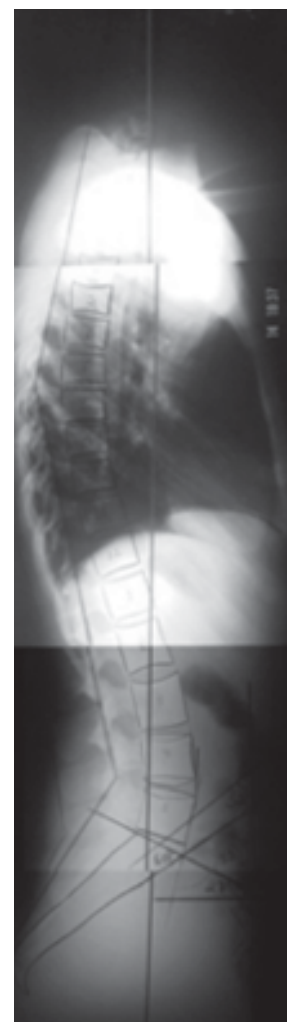


Fig. 10

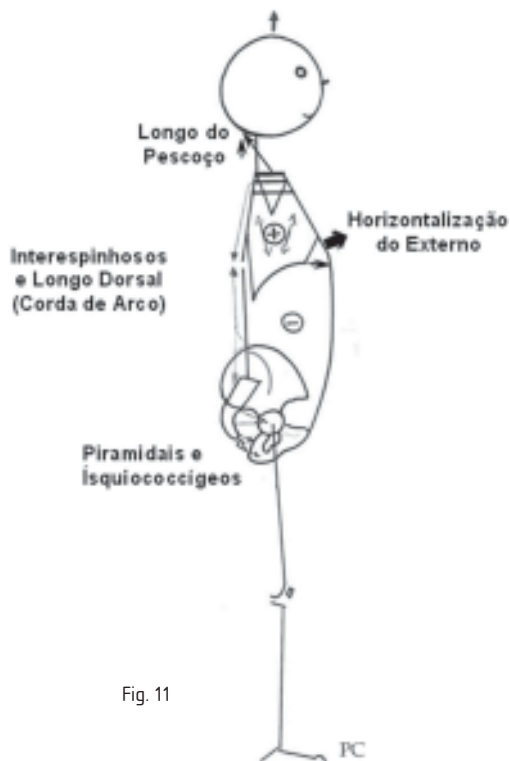


Fig. 11

D7 e C2 são os pivôs entre as alavancas. Aumento dos segmentos declive inferior e proclive superior, diminuição dos segmentos proclive inferior e declive superior. Diminuição das curvaturas lombar e dorsal e retificação da curvatura cervical (PM e PA). (Fig.10)

Geometria da pelve: ângulo do promontório 60° (neutro, PA-AP); ângulo de Sèze 27°, sacro contranutado (AM); ângulo lombo-sacro 135°, sacro vertical (AM) e L5 horizontalizando-se (PM); ângulo G.D.S. 52°, sacro verticalizado e íliacos nutados (AM e PL). (Fig.10).

Teste de elasticidade das cadeias: forte rigidez de PM e retração moderada de AM.

Diagnóstico fisioterápico:

Estas e outras pistas contidas no protocolo da paciente, mostra a cadeia PA em excesso de tensão (retificação cervical), devido ao antagonismo de dualidade entre as cadeias PM e AM. Mme. Struyf nos diz que “para uma boa ação PAAP é necessário que AM e PM estejam em relativo repouso, pois o controle mútuo de AM e PM aumentam em conjunto a âncora no chão, podendo PA agir livremente no nível do pescoço e AP nos membros inferiores”. Porém, a paciente luta com todas suas forças mecânicas e intelectuais, para colocar em prática a todo custo o seu projeto pessoal, submetendo PM a um tensionamento na musculatura paravertebral dorsal, aumen-

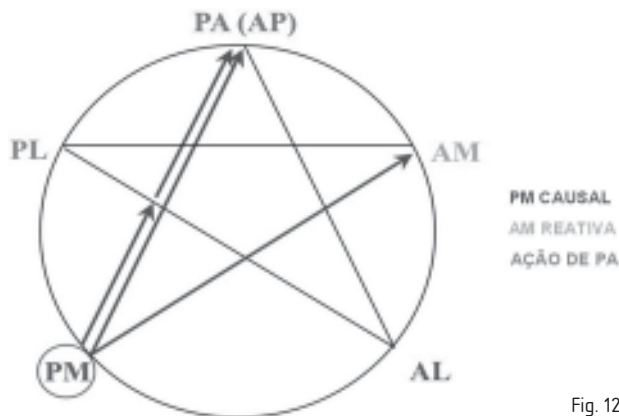


Fig. 12

tando o diâmetro anteroposterior do tórax. AM reage, freando a nutação do sacro pelo perineo, colocando-o vertical.(Fig.11)

Concluindo, o excesso da cadeia PM retificou a curvatura fisiológica lombar, horizontalizando L5. A cadeia AM verticalizou o sacro, diminuiu o espaço entre L5-S1, aumentando a compressão intra discal. Surgiu assim um terreno favorável a hérnia discal lombar. (Fig.12)

PACIENTE C

Idade: 77 anos

Profissão: Aposentada

Diagnóstico médico: retrolistese de L3 sobre L4; hérnia discal lombar esquerda de L1-L2 e L2-L3; dor na parte anterior de coxa esquerda até terço inferior de perna; parestesia panturrilha esquerda.

Resumo do relato da paciente: comportamento expansivo. Sempre gostou de conversar e contar histórias. Desde o falecimento de seu marido, há quinze anos atrás, todos os seus sintomas começaram a aparecer progressivamente. Atualmente mora sozinha e encontra-se em crise de depressão e angústia. Faz uso de medicamentos antidepressivos.

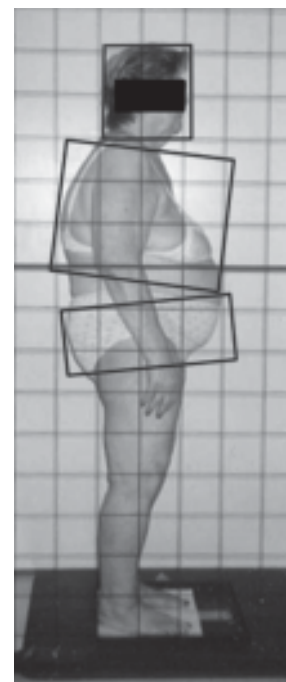


Fig. 13

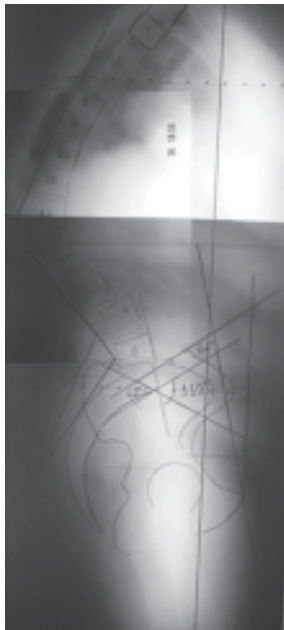


Fig. 14

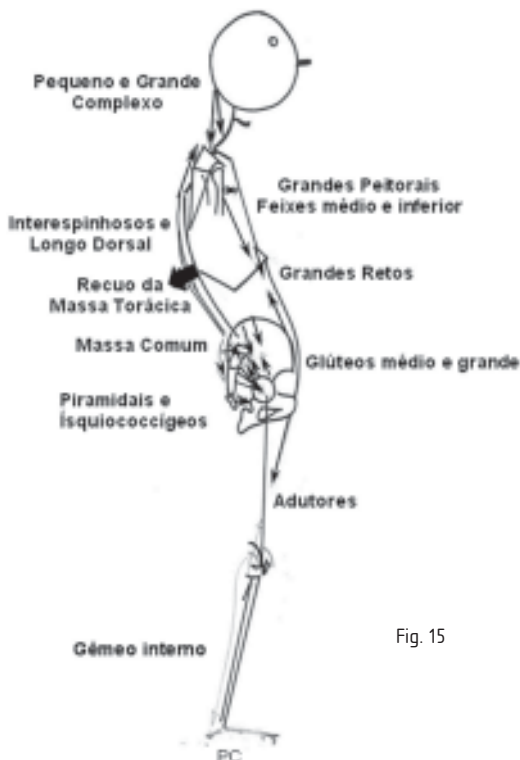


Fig. 15

Exame fisioterápico:

Desalinhamento das massas: massa pélvica basculada para trás (AM e PL); massa torácica em flexão anterior (AM); massa cefálica recuperada em extensão (PM). (Fig. 13)

Marcas segmentares: flexão dos joelhos (AM); contra-nutação do sacro (AM); nutação dos ilíacos (PL); ausência da curvatura lombar (AM); cifose dorsal longa (AM); afundamento esternal (AM); abdome relaxado (AP); cabeça recuperada em extensão (PM). (Fig.13)

RX panorâmico: As vértebras L5 e D12 são as estruturas pivôs entre as alavancas. Diminuição do segmento proclive e declive inferior, grande aumento do segmento proclive superior. Inversão da curvatura lombar; retrolistese de L3 sobre L4; diminuição do espaço intervertebral de L1-L2 e L2-L3 (AM). (Fig.14)

Geometria da pelve: ângulo do promontório 62° (AM); ângulo de Sêze 25°, sacro vertical (AM); ângulo lombo-sacro 110°, sacro contra-nutado (AM) e L5 em extensão (PM); ângulo G.D.S. 67°, sacro vertical (AM) e ilíacos retrovertidos (PL). (Fig.14)

Teste de elasticidade das cadeias: retrações generalizadas com sintoma de dor.

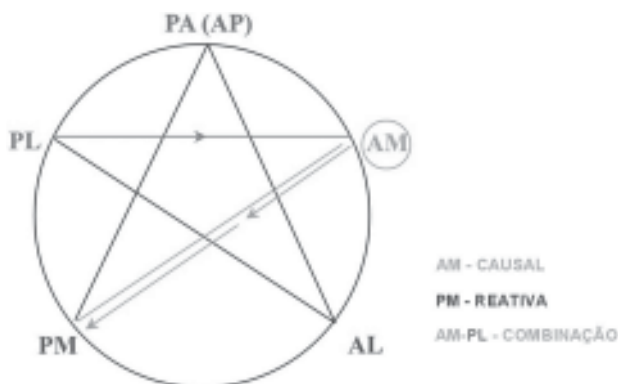


Fig. 16

Diagnóstico fisioterápico:

Devido a idade da paciente, a sua dolorosa perda, ao quadro de depressão e possivelmente a necessidade de se apoiar nas lembranças do passado, considero que a quantidade de marcas AM encontradas, resultam de um mecanismo de defesa imposta pelas condições de vida e não escolhida. Segundo Mme. Struyf, "uma estrutura psicocorporal pode estar em excesso, mas realizada ou suportada pelas circunstâncias". Embora esta AM esteja numa atitude de fechamento, de derrota, percebo que a paciente busca a todo custo comunicar-se, nem que seja para falar da sua dor. A musculatura AM subtensionada mantém o eixo anteroposterior do tórax para trás e para baixo, permitindo o recuo e a flexão da massa torácica. A cadeia PM reage invertendo o ponto fixo dos paravertebrais dorsais e recuperando na cervical a horizontalidade do olhar pela tensão dos músculos Complexos. Na bacia a musculatura pélvica AM mantém o sacro na vertical e PL se combina com AM, talvez pela necessidade de comunicação, retro-basculando os ilíacos. (Fig.15 e 16)

Concluindo, o excesso da cadeia AM no segmento declive dorsal, permite o recuo da vértebra de cima sobre a de baixo, ocorrendo desabamento posterior de todo o segmento declive, com aumento da pressão intra discal, levando a hérnia discal lombar.

Conclusão

A doença é a mesma, hérnia de disco lombar, mas as causas que permitiram um terreno favorável para o seu surgimento, seguiram caminhos diferentes, embora as cadeias miofasciais PM e AM estejam em sofrimento nos três casos apresentados. A relação de antagonismo complementar entre eles está comprometida pelo domínio do território e pelo jogo de ações e reações, que levaram a alteração dos segmentos proclives e declives, ao desalinhamento das massas e conseqüentemente ao desequilíbrio de forças entre as vértebras lombares. (Fig.17)

O método G.D.S. propõe assim, uma compreensão desses processos “psicocorporais”, que conduzem a uma condição patológica, ao fechamento, à diminuição, ao sofrimento. Desta forma, devemos estar conscientes de que nos três casos apresentados, o procedimento terapêutico deve também seguir caminhos diferentes, embora o objetivo principal seja levar as seis cadeias miofasciais a dialogar umas com as outras, fazendo circular a tensão em todo sistema muscular, ou segundo Mme. Struyf, uma “igualização das tensões e uma desescalada das forças que se opõem”.

Mme. Struyf nos diz ainda que, “nossas análises não avaliam, não selecionam, não rotulam; elas visam tornar conhecido um projeto, um terreno. Elas nos dão pistas e, sobretudo, muitas questões. Elas são uma base para o dialogo e para o trabalho consigo mesmo. Elas podem responder melhor a pergunta **em que ponto do meu caminho estou**”?

Referências bibliográficas:

CAMPIGNION, Philippe. “Aspectos biomecânicos”. In: *Cadeias musculares e articulares: método G.D.S. – noções básicas*. São Paulo: Summus, 2003.

_____. *Respirações*. São Paulo: Summus, 1998.

DENYS-STRUYF, Godelieve. *Cadeias musculares e articulares: o método G.D.S.* São Paulo: Summus, 1995.

DURAN, Yetkenler & LORI Brandt, MD. *Intervertebral Disc Temperature Measurements During Nucleoplasty*. 2001.

KAPANDJI, I. A. *Fisiologia Articular*. São Paulo: Manole, 1990.

KNOPLICH, José. *Enfermidades da Coluna Vertebral*. São Paulo: Robe Editorial, 2003. 3ª edição.

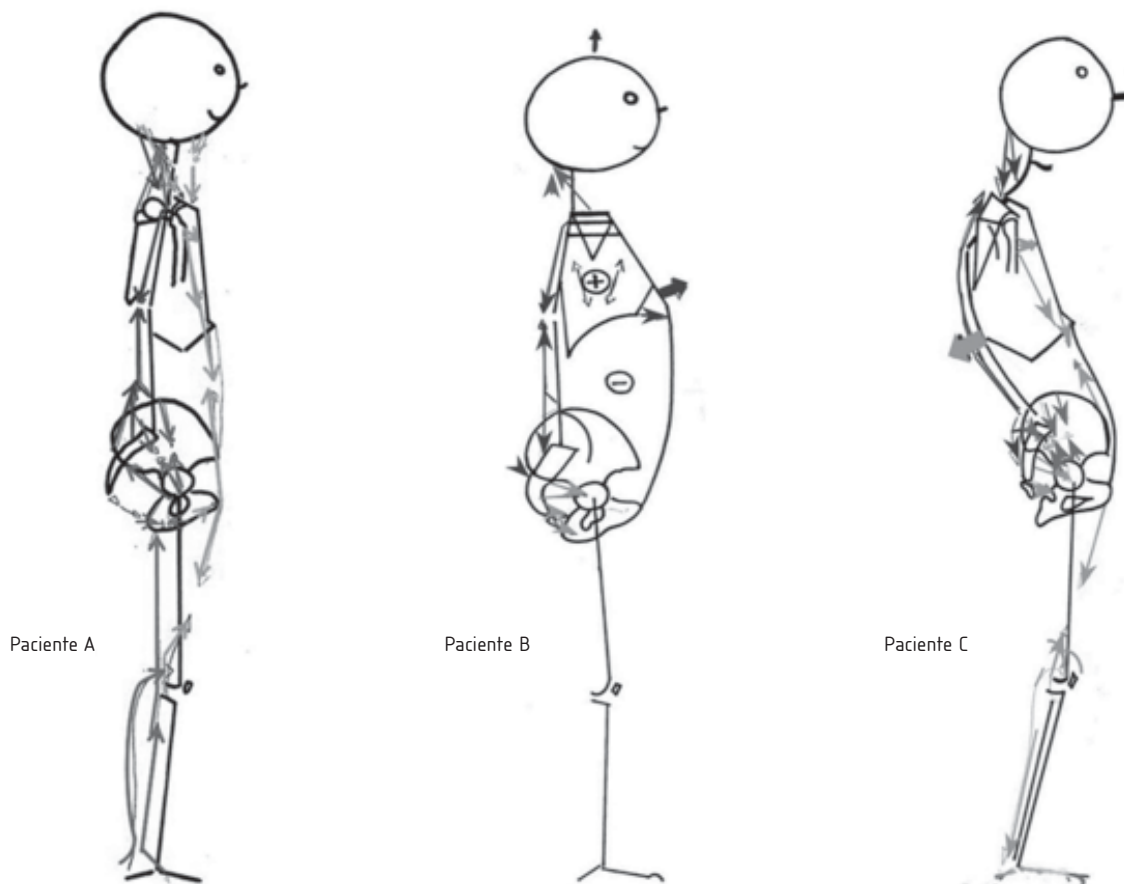


Fig. 17

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem o objetivo de descrever o caso de uma paciente idosa portadora de endoprótese coxo-femoral, avaliada e tratada a partir dos conceitos do método GDS de cadeias musculares.

Os estudos sobre os efeitos do envelhecimento populacional no mundo não são mais novidades, nem tampouco são escassos na literatura acadêmica. No Brasil, as implicações deste fenômeno de envelhecimento já são bastante evidentes e vêm causando uma grande preocupação por parte dos diversos setores da área da saúde (Camarano, 2002; Siqueira et al., 2002).

O aumento da expectativa de vida, devido às inovações na área da saúde, permitiu uma mudança no padrão de saúde e doença na população de idosos. Seu principal reflexo é a acentuação do número de indivíduos acometidos por doenças crônico-degenerativas (Chaimowicz, 1997; Camarano, 2002). Atualmente, admite-se que várias doenças crônicas podem ser minimizadas, desde que se privilegie a capacidade funcional, a independência e a autonomia (Perracini et al., 2002; Ramos, 2003). Trata-se de um enfoque funcional não mais orientado pelo paradigma da doença. A perspectiva terapêutica, para este grupo populacional, passa a focar nas atividades funcionais habituais. Se, por um lado, o aumento da expectativa de vida é

O método GDS na avaliação e tratamento fisioterapêutico de uma paciente idosa com endoprótese coxofemoral: um estudo de caso

Alexandre de Mayor

uma conquista, será que esta resulta numa qualidade de vida satisfatória? Esse paradoxo demonstra que entender e atender o problema do idoso é um assunto bastante atual e importante.

A perspectiva globalista do método GDS vai de encontro às premissas de atenção integral à saúde do paciente idoso e, desta forma, permitiu, no caso em questão, inserir a terapia no contexto de vida da paciente e valorizar a funcionalidade, promovendo uma melhora global, em termos de saúde e qualidade de vida.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 81 anos, sofreu, em março de 2001, fratura do extremo proximal do fêmur direito após queda da própria altura. No exame radiológico (Figura 1) pode-se observar uma fratura extracapsular de traçado espiróide. Embora não tenha ocorrido fratura de colo de fêmur, trata-se de um tipo de fratura de difícil consolidação mesmo em indivíduos jovens. Optou-se por um procedimento cirúrgico para colocação de osteossíntese do tipo placa angulada fixada por parafusos estáveis (Figura 2). O procedimento cirúrgico não obteve o resultado esperado e a paciente evoluiu com pseudoartrose e necrose óssea. Assim, em setembro deste mesmo ano, foi realizada uma nova cirurgia para ressecção e substituição por uma endoprótese coxofemoral (Figura 3).



Figura 1: fratura do extremo proximal do fêmur direito.



Figura 2: Osteossíntese.



Figura 3: Endoprótese coxo-femoral.

Durante a avaliação fisioterapêutica, a paciente relatou como queixa principal não conseguir andar nem de andador, pois tinha medo de cair para trás. Constatou-se uma hipotrofia muscular global que comprometia a sustentação do tronco ereto e a marcha, mesmo com o auxílio do andador. Entre os comprometimentos biomecânicos encontrados nos exames complementares que poderiam estar relacionados à queixa principal, destacou-se a acentuação da cifose dorsal na imagem radiológica da coluna em perfil, devido ao desabamento dos corpos vertebrais. Tal achado está relacionado com a clínica da paciente e é resultado de um processo de desmineralização óssea e desidratação do disco articular, característico de doença crônico-degenerativa (Figura 4).

De Deyne (2001) afirma que as mudanças estruturais no idoso se devem principalmente à disfunção crônica músculo-esquelética resultante do processo degenerativo, como, por exemplo, as ossificações ectópicas ao redor das articulações (osteófitos), a perda da mobilidade articular e o encurtamento e/ou esclerose dos ligamentos. Estas mudanças do arcabouço torácico, além de diminuir a complacência da parede torácica, modificam a curvatura do músculo diafragma, alterando a sua capacidade de gerar força (Janssens, 1999). Além disso, a alteração entre a quantidade de unidades contráteis e não contráteis (tecido adiposo e conjuntivo) dentro do músculo, assim como o déficit na relação entre ativação e recrutamento muscular, são também fatores que contribuem para a diminuição da força muscular periférica, resultando, no idoso, em dificuldades nas atividades da vida diária (Williams, 2002). Isto pode ser observado, já que a paciente apresentava, ainda, uma endoprótese de joelho esquerdo, que dificultava a transferência do peso. Nas

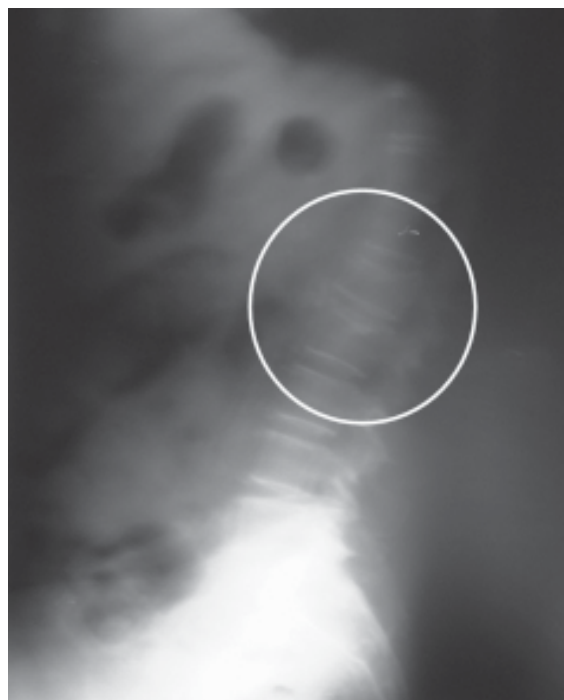


Figura 4: Doença crônico-degenerativa na coluna vertebral.



Figura 5: Doença inflamatória degenerativa nas articulações das mãos.

articulações das mãos, verificou-se durante o exame físico a presença de doença inflamatória degenerativa que ocasionava grande limitação para as atividades básicas de alimentação e higiene (Figura 5).

Os pacientes idosos apresentam geralmente, uma multiplicidade de acometimentos paralelos à queixa principal, que fazem com que qualquer perspectiva terapêutica deva sofrer adaptações para adequar-se a cada caso. A adaptabilidade é, em si, um dos preceitos que norteiam o método GDS, o que reforça indubitavelmente a aplicabilidade deste método para pacientes desta faixa etária. Portanto, com o objetivo de recuperar a autonomia, a independência e as atividades funcionais diárias, constavam, entre os objetivos principais, restabelecer as qualidades dos tecidos contráteis, as funções neuromusculares e ampliar o arco de movimento funcional. Para isso, a conduta de tratamento fisioterapêutico aplicada foi fundamentada na reprogramação funcional das cadeias miofasciais (método GDS), mais especificamente, a partir do reequilíbrio em pé, sob o ponto de vista da organização motora e da adaptabilidade das massas, das alavancas e de seus pivôs (Campignon, 2001).

TERAPÊUTICA

Com o intuito de entender o equilíbrio em pé segundo os conceitos das Cadeias Musculares e Articulares GDS, Campignon (2001) descreve a relação existente entre as massas (pélvica, torácica e cefálica) e suas correspondentes alavancas (Figura 6). Cada alavanca sustenta uma massa e, a partir do seu deslocamento, ocorre uma variação de posição da massa correspondente e também na relação desta com as demais massas. Por sua vez, cada alavanca compreende três pivôs (de ação, de adaptação e de ajustamento), responsáveis pela contínua oscilação dinâmica, recuperação de pequenos desequilíbrios e posicionamentos entre as massas.

Este conceito de equilíbrio é bastante abrangente, o que permite entender a relação de causa e efeito e a noção de interdependência entre diversas estruturas corporais, contrariando a idéia de que o equilíbrio corporal seja um posicionamento estático. Outros autores acrescentam que este conceito biomecânico de equilíbrio, na realidade, compreende um grande sistema integrado composto pelas informações sensoriais e pelos aspectos neuropsicológicos. As informações sensoriais seriam aquelas que provêm do sistema visual, dos receptores tendíneos e dos fusos musculares, entre outros (Gagey & Weber, 2000). Já os aspectos neuropsicológicos referem-se ao modo como a informação do mundo exterior é percebida, interpretada e respondida. Segundo o método GDS, o corpo, a partir de uma motivação psico-corporal, se desequilibra em uma determinada direção e, desta forma, é deflagrada a ação de cadeias musculares, de modo a ajustar a postura ortostática para a preservação da horizontalidade da visão. (Denys-Struyf, 1986, 1997; Campignon, 1996, 2001).

A avaliação da paciente foi realizada segundo os conceitos abordados, destacando-se o ajuste dos controles entre as cadeias musculares observadas para a organização do equilíbrio entre as massas e as alavan-

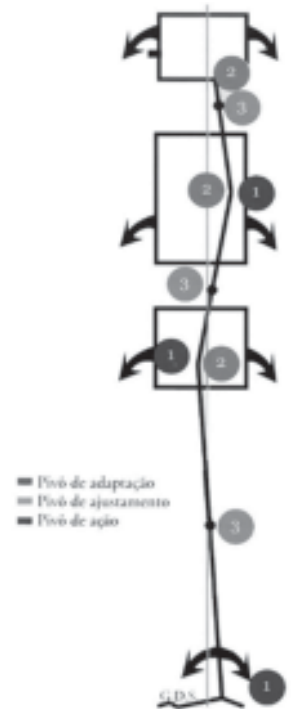


Figura 6: Equilíbrio corporal a partir da mobilidade das massas e alavancas. Fonte: Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires - Concept G.D.S. - Aspects biomécaniques - Notions de base. Bruxelas: ICTGDS; 2001.

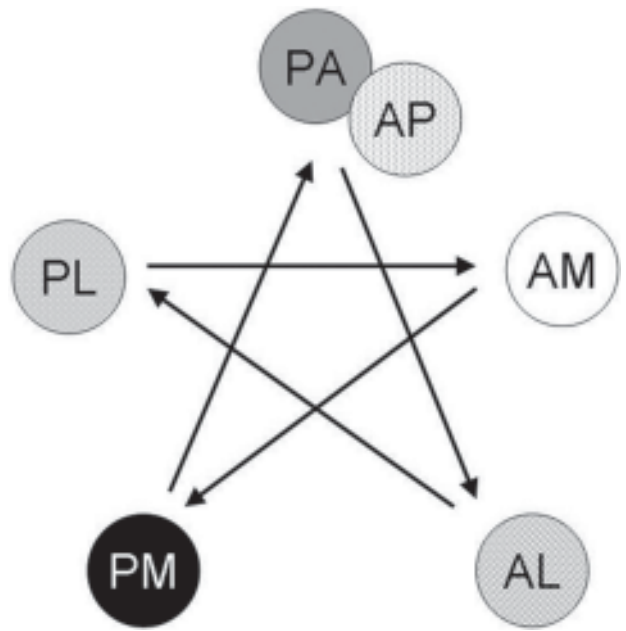


Figura 7: Ajuste dos controles entre as cadeias musculares observadas para a organização do equilíbrio entre as massas e as alavancas.

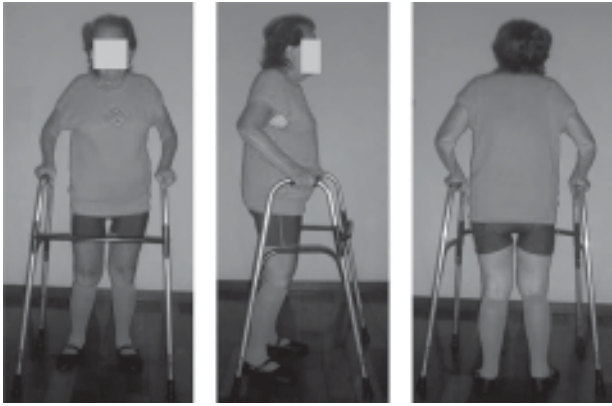


Figura 8: Paciente em pé com o andador para a avaliação do equilíbrio corporal.

cas (Figura 7). Durante o processo de avaliação, a paciente se manteve em pé com o auxílio de um andador para verificação da sua autonomia, independência e capacidade funcional. Em seguida, foi solicitada a retirada do auxílio com a finalidade de observar os ajustes estabelecidos para a nova situação de equilíbrio (Figura 8).

Todas as articulações do corpo recebem tensão muscular de todas as cadeias musculares, e a forma como o corpo se constitui é resultado das tensões musculares sofridas pelos ossos. Campignon (2001) reforça este conceito, ressaltando que *“o osso carrega em sua forma o traço do movimento que o músculo imprime nele”* (p. 127). Desta maneira, é possível verificar a organização entre as cadeias musculares, ou seja, como os músculos se comportam do ponto de vista funcional. Quando encontramos uma fixação de movimento articular, pode-se entender que há um desequilíbrio no sistema de controles das cadeias musculares. E isso, por sua vez, desencadeará um distúrbio de movimento funcional que pode comprometer apenas um segmento ou todo o corpo.

A MASSA PÉLVICA E SUA ALAVANCA

A primeira alavanca sustenta a massa pélvica. Tem no tornozelo, a articulação tíbio-társica como pivô de ação; no quadril, a articulação coxofemoral como pivô de adaptação; e, entre elas, a articulação do joelho como pivô de ajustamento. Durante a avaliação segmentar da paciente, encontraram-se ações musculares desequilibradas na articulação tíbio-társica, principalmente das cadeias ântero-laterais (AL), antero-posteriores (AP) e póstero-medianas (PM), o que pode ser notado na figura 9. O exame físico constatou, do ponto de vista biomecânico, um *“falso pé chato”*, uma vez que, sem a presença de uma carga imposta sobre a articula-

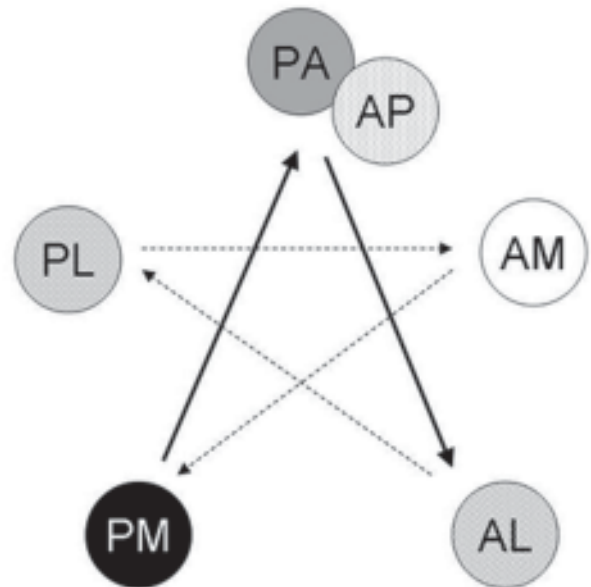
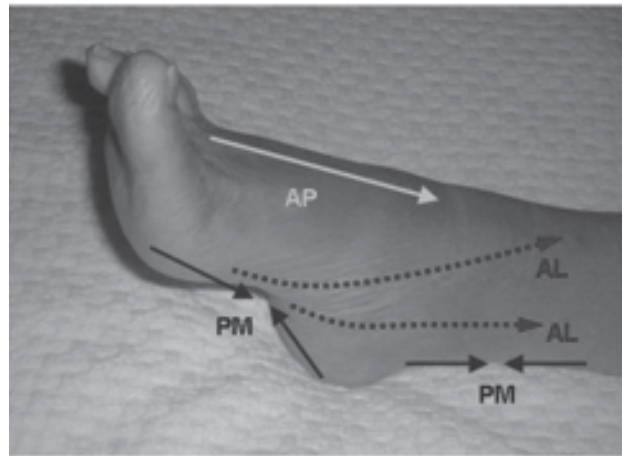
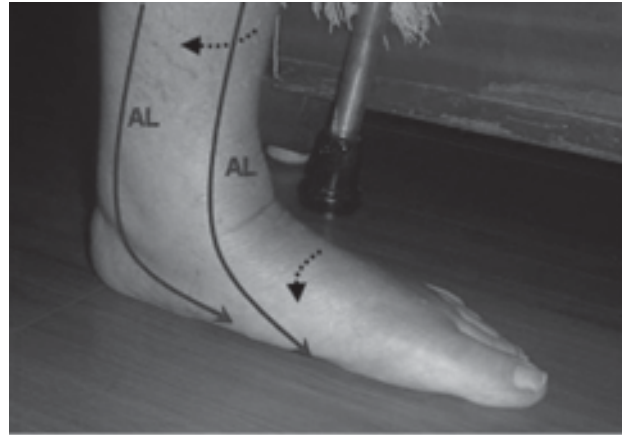


Figura 9: Ações musculares encontradas no pivô de ação e as relações de controles envolvidas entre as cadeias musculares examinadas.

ção, verificou-se a presença de um arco plantar bem acentuado pela ação dos músculos tibiais anterior e posterior da cadeia muscular AL, dos músculos plantares da cadeia muscular PM e, também, pela ação dos músculos extensores dos dedos da cadeia muscular AP. Essa ação excessiva da cadeia muscular PM, trabalhando em “corda de arco” nesta região é uma reação à tensão muscular exercida pelas outras cadeias musculares e, ao mesmo tempo, uma necessidade desta cadeia muscular de impor sua marca útil no tornozelo. Assim, entendendo as relações de controles envolvidas entre as cadeias musculares examinadas, pode-se ajustar a tensão exercida por estes músculos e, com isso, reprogramar sua funcionalidade. Foram aplicados exercícios para a estimulação do correto funcionamento dos arcos plantares bem como para o alongamento do tríceps sural. Por se tratar de um pivô de ação, ao ampliar a sua mobilidade, pôde-se desencadear, com o deslocamento de posição da alavanca no membro inferior, uma alteração do comportamento estático da pelve e, por sua vez, das demais massas corporais.

Já no pivô de adaptação da primeira alavanca (articulação coxo-femoral), que por sua vez é o pivô de ação da segunda alavanca, desenvolveu-se o mesmo princípio terapêutico, observação das cadeias musculares predominantes - ântero-laterais (AL), pósterolaterais (PL) e ântero-medianas (AM) - e ajustamento dos controles. Durante a avaliação segmentar da articulação coxo-femoral verificou-se uma competição entre as cadeias musculares AL e PL. O exame físico constatou forte retração na musculatura lombar, glútea e pelvi-trocantérica, provocando anteversão pélvica e rotação externa das articulações coxofemorais principalmente à direita, possivelmente pelo posicionamento cirúrgico da endoprótese coxo-femoral. Foi verificada diminuição dos arcos de movimentos articulares e reação dos músculos da cadeia AM, acentuando e bloqueando a articulação dos joelhos em flexão no seu pivô primário. Denys-Struyf (1996) pontua que, “quando o quadril tem suas amplitudes limitadas, os joelhos compensam, as sacro-íliacas, a lombo-sacra e toda a coluna lombar também” (p. 126).

A ação sinérgica do músculo grande dorsal (AL), músculo este que se comunica com a cintura escapular, ao trabalhar em “corda de arco” modificou o alinhamento da massa torácica, comprometendo a dissociação de movimentos entre as cinturas pélvica e torácica (Figura 10). Piret & Béziers (1992) caracterizariam esse distúrbio como uma alteração do sistema muscular

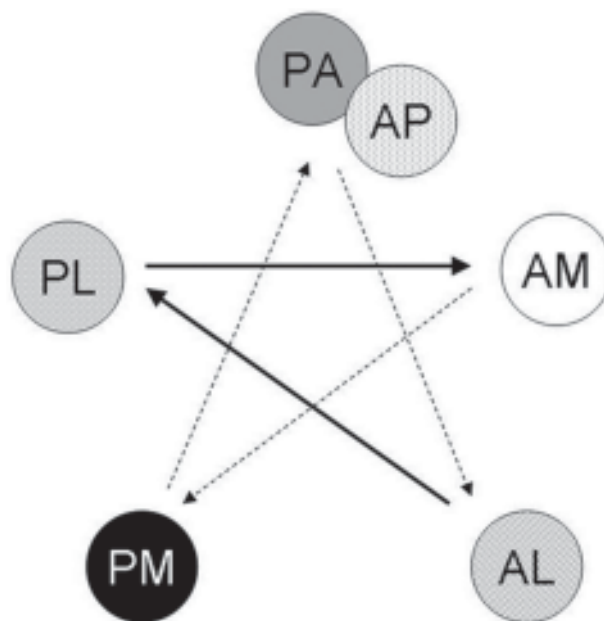
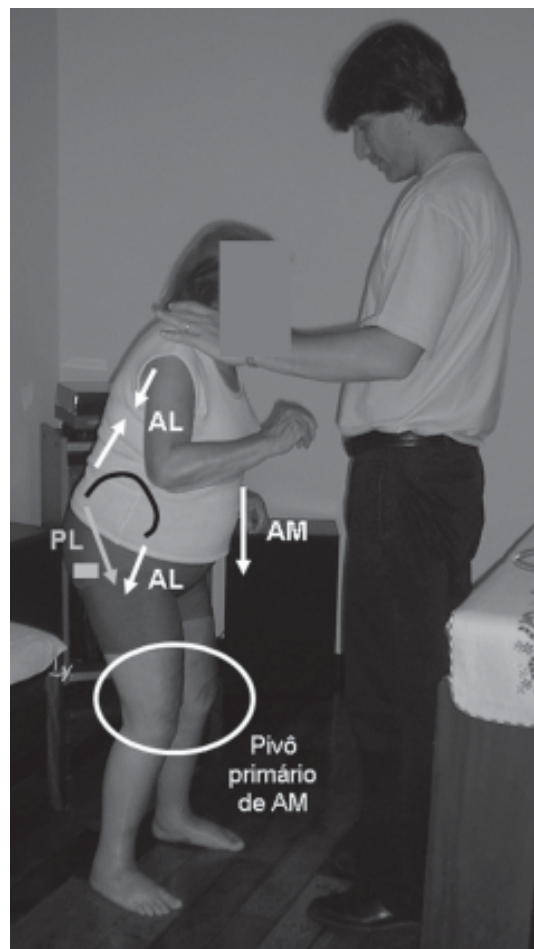


Figura 10 - Ações musculares encontradas no pivô de adaptação e as relações de controles envolvidas entre as cadeias musculares examinadas.

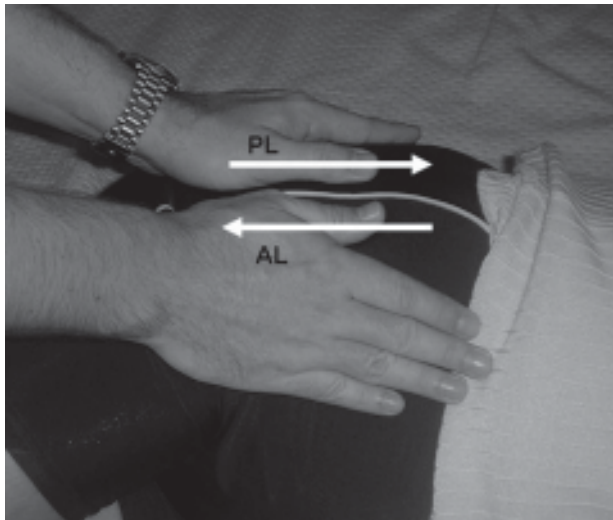


Figura 11: “*Accordage*” entre os músculos glúteo mínimo (AL) e glúteo médio (PL).

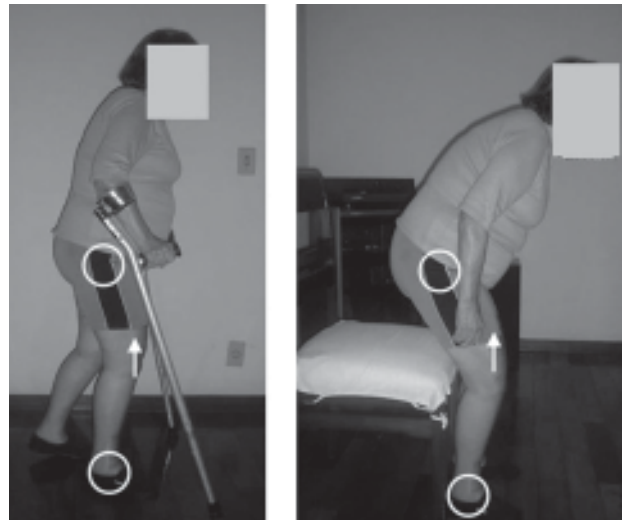


Figura 12: Ações musculares encontradas no pivô de ajustamento após reprogramação muscular nos pivôs de ação e adaptabilidade.

cruzado, importante para a coordenação da marcha e de muitos outros movimentos funcionais. Kapandji (1999) e Denys-Struyf (1996) corroboram com tal premissa, acrescentando que a rigidez da articulação coxo-femoral, ao acentuar o dinamismo das articulações da coluna lombar e sacro-ílicas, altera o equilíbrio mecânico, forçando-as a participar de movimentos funcionais, como sentar, levantar e abaixar, de modo desorganizado. Isso pode ser observado, já que a paciente desenvolveu como atitude antálgica o abaixamento do centro de gravidade e o alargamento da base de apoio na tentativa de ajustar o seu equilíbrio em pé.

Após a compreensão do controle muscular presente na articulação coxo-femoral, atuou-se ajustando o equilíbrio muscular entre as cadeias musculares observadas, adequando as manobras e os exercícios às limitações funcionais impostas pela endoprótese coxo-femoral.

O trabalho começa com manobras de “*accordage*” para a coordenação da transmissão da tensão entre os músculos da coluna lombar, da pelve e dos membros inferiores (Campignon; 2004). Para isso, o músculo glúteo máximo (PM) era tracionado no sentido crista ilíaca – trocânter maior do fêmur, enquanto o músculo glúteo médio (PL) era tracionado na direção inversa. Por sua vez, o músculo glúteo mínimo (AL), era “*acordado*” com o músculo glúteo médio (figura 11), pois este tem a mesma direção de ponto fixo, na estática, do músculo glúteo máximo.

Já os exercícios tiveram como objetivo mobilizar passivamente cada articulação, alongar passiva e ativa-

mente a musculatura pelvi-trocantérica e os músculos da coluna vertebral, assim como mobilizar as articulações periféricas associadas com a passagem da tensão muscular para a próxima alavanca e massa. Para a organização funcional dos membros inferiores foram realizados tracionamentos passivos a partir das torções ósseas fisiológicas propostas por Piret e Béziers (1992).

A Figura 12 mostra a paciente em atividades funcionais. A locomoção e força extensora para se levantar de uma cadeira ocorreu pela aquisição de uma melhor mobilidade dos pivôs. Foi a partir da liberação da articulação do joelho, para exercer a sua função de ajustamento, e da dissociação dos movimentos entre as cintu-

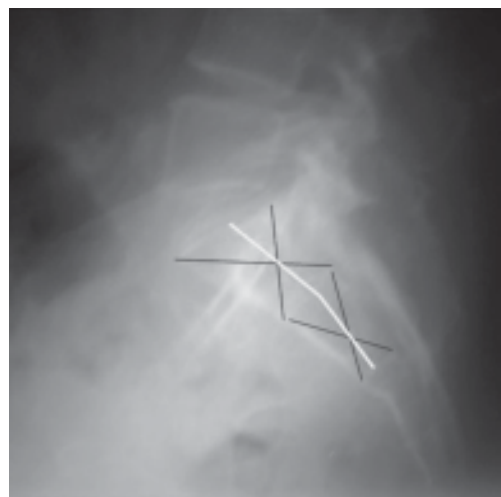


Figura 13: Sacro em forma “*bombê*” (AM).

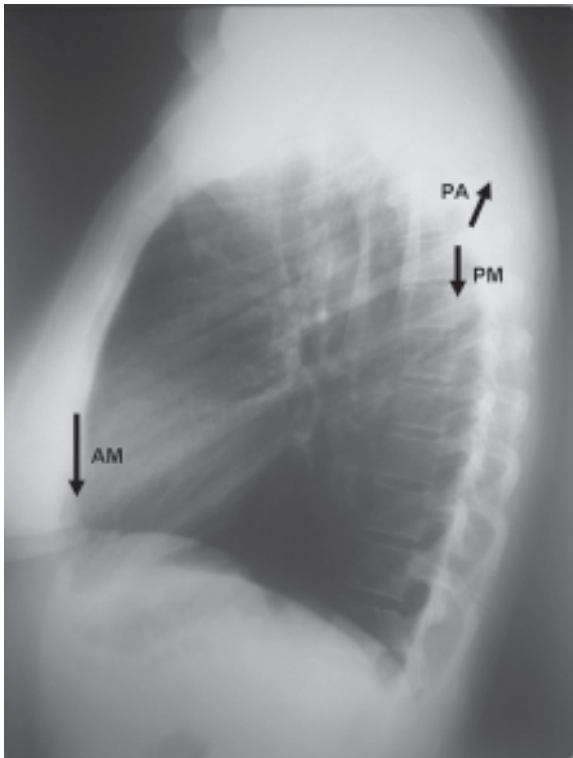


Figura 14: Horizontalização das costelas por PA e PM. Competição entre AM e PM no esterno.

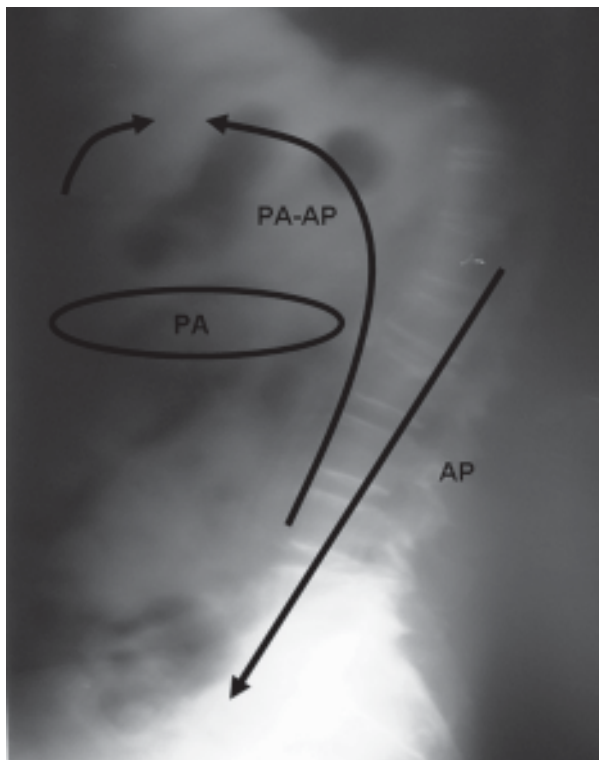


Figura 15: Relação PA e AP na dinâmica da coluna lombar.

ras pélvica e escapular, que foi possível realizar o apoio contra-lateral entre muletas e pés durante a locomoção, significando que a paciente alcançou um nível de coordenação motora mais elaborada.

A MASSA TORÁCICA E SUA ALAVANCA

A partir da melhora motora obtida sobre os pivôs da primeira alavanca, pode-se observar uma modificação no comportamento dinâmico das massas torácica e cefálica, ou seja, foi possível a passagem da tensão pelas fâscias para os músculos relacionados à segunda alavanca e para a massa torácica, permitindo uma melhora no equilíbrio corporal.

A segunda alavanca é integrada e sucede o sistema da massa pélvica e sua primeira alavanca. Ela é responsável por sustentar a massa torácica e tem a articulação coxo-femoral como pivô de ação, as articulações da oitava vértebra dorsal como pivô de adaptação e as articulações da terceira vértebra lombar como pivô de ajustamento.

Durante a avaliação segmentar na região da massa torácica, examinaram-se as cadeias musculares predominantes, as relações de controles e os arcos de movimentos articulares. Com os exames radiológicos pode-se observar o comportamento estrutural da coluna vertebral. A Figura 13 mostra uma imagem radiológica

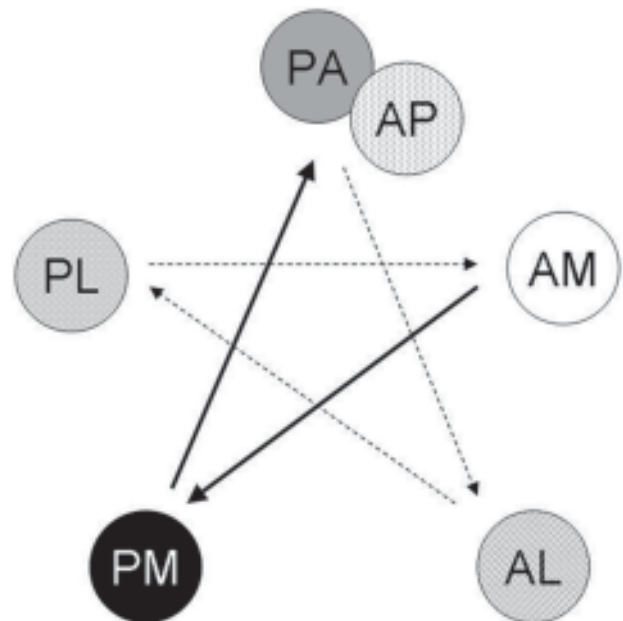


Figura 16: Relação de controles entre as cadeias musculares examinadas no tórax.

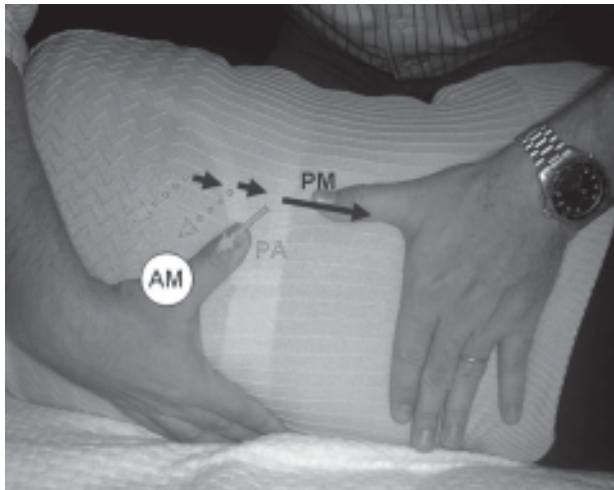


Figura 17: “*Accordage*” entre os músculos supra-costais (PA) e longo-dorsais (PM) para facilitar (AM) imprimir sua marca útil na região do esterno, preservando a oitava vértebra como ápice da cifose dorsal.

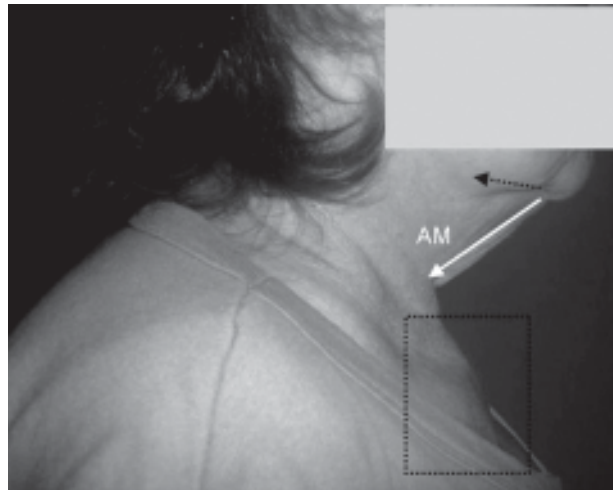


Figura 18: Relação AM e PM na coluna cervical.

de um sacro com característica estrutural AM, ou seja, um sacro em forma “*bombé*”, ou seja, arredondada.

Na Figura 14, a imagem radiológica apresenta a relação das cadeias póstero-anteriores (PA) e póstero-medianas (PM), atuando em conjunto sobre o pequeno e grande braço de alavanca das costelas, horizontalizando-as. Além disso, é possível notar a competição entre as cadeias musculares AM e PM agindo na articulação manúbrio-esternal, onde a cadeia póstero-mediana invade a região onde a cadeia ântero-mediana deveria imprimir sua marca útil (preservação da oitava vértebra dorsal no ápice da cifose). O desequilíbrio gerado pelo excesso de tensão entre as cadeias AM e PM impede que PA e AP exerçam, sobre o tronco, sua função antigravitária reflexa. O peso do tórax somado à ação da força da gravidade flexiona o tronco à frente favorecendo o encurtamento da fásia endotorácica (AP), o que vem a comprometer um adequado ritmo respiratório.

Alguns autores defendem que tanto o músculo diafragma (PA-AP) quanto o músculo transverso do abdômen (PA), apresentam papel fundamental na função respiratória e, também, no controle do equilíbrio postural (Hodges, 1999; Hogdes e Richardson, 1999; Hodges e Gandevia, 2000). Esta afirmativa confirma a posição de Denys-Struyf (1997) e Campignon (2001) em relação a estes músculos, uma vez que os situam na mesma cadeia músculo-aponeurótica PA.

No caso da paciente em questão, isso fica bastante evidente no controle do equilíbrio postural e na locomoção, já que o músculo diafragma tem suas funções compro-

metidas na respiração e na mobilização do pivô de ajustamento da segunda alavanca junto com o músculo psoas-iliaco da cadeia muscular AP (Figura 15). Assim, ao compreender as relações de controles entre as cadeias musculares examinadas (Figura 16), foram realizados exercícios para reprogramar a tensão exercida por estes músculos.

O trabalho no tórax se iniciou com as manobras de “*accordage*” entre os músculos supra-costais (PA) e longo-dorsais (PM) (figura 17). Para isso, o músculo da cadeia PA era tracionado no sentido pequeno braço das costelas – processo transverso da vértebra dorsal superior, enquanto o músculo da cadeia PM era tracionado na direção inversa, pequeno braço da costela no sentido caudal (Campignon; 2004).

Em seguida, procedeu-se à aplicação de exercícios de endireitamento do tronco, para a estruturação da cadeia muscular AM (músculos do períneo e retos abdominais) que, quando associados à respiração, organizam o equilíbrio de tensão com a cadeia muscular PM e ativam a ação do músculo transverso do abdome, da cadeia PA, no ajuste do equilíbrio pressórico tóraco-abdominal. Além disso, facilita a ação da cadeia AM, que ao imprimir sua marca útil na região do esterno, preserva a oitava vértebra como ápice da cifose dorsal. Esta condição biomecânica ajusta o posicionamento da fásia endotorácica e favorece uma melhor dinâmica diafragmática. Devido à sua inserção na região lombar, o diafragma mobiliza as vértebras lombares permitindo que o pivô de ajustamento em L3 dinamize a relação da alavanca com a massa torácica.

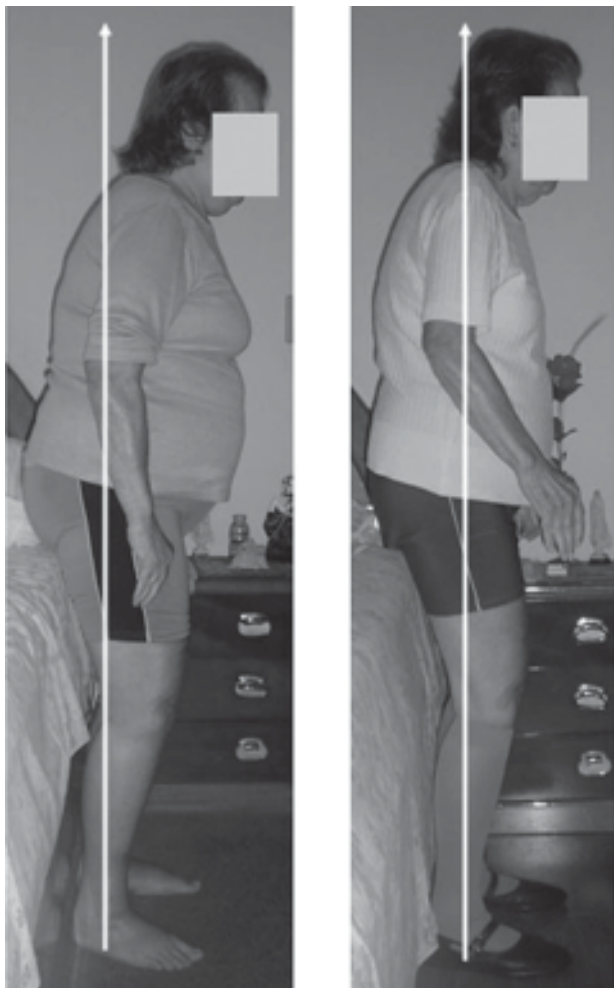


Figura 19: Equilíbrio em pé pelo ajustamento das massas e alavancas antes e após sessões de tratamento.

A MASSA CEFÁLICA E SUA ALAVANCA

A terceira e última alavanca também é integrada e sucede os sistemas de massas e alavancas anteriores. É responsável pela sustentação da massa cefálica e tem as articulações da sétima e oitava vértebras dorsais como pivô de ação, a articulação atlanto-occipital como pivô de adaptação e a quarta e quinta vértebras cervicais como pivôs de ajustamento. Durante o exame físico, analisaram-se as relações de controles na região da massa cefálica, através da observação da organização biomecânica e do posicionamento da cabeça em função da visão. A avaliação constatou a ação da cadeia ântero-mediana (AM), principalmente pela ação da musculatura hioidiana e a ação dos músculos sub-occipitais PM (grande e pequeno complexo) (Figura 18). As ações sinérgicas excessivas destas cadeias musculares do eixo estrutural dificultam a ação dos músculos longo do pes-

coço e pré-vertebrais da cadeia pósterio-anterior (PA) e, ainda, dos músculos escalenos anterior e médio da cadeia ântero-posterior (AP), que têm a função de recuperar a curvatura cervical nos movimentos da coluna vertebral, principalmente ao final do processo expiratório.

Os exercícios para a reprogramação da mobilidade da massa cefálica apresentam o mesmo objetivo terapêutico empregado no segmento corporal descrito anteriormente, ou seja, ajuste da tensão das cadeias do eixo estrutural AM e PM para liberar a ação dos músculos de PA e de AP nos seus respectivos pivôs de ajustamento. O trabalho biomecânico visou o ajuste da lordose cervical durante o tempo expiratório por AP, associado a exercícios de membros superiores coordenados com os movimentos da cintura escapular.

Todo este conjunto de estratégias terapêuticas, norteadas pelos princípios do método GDS de cadeias musculares, teve como objetivo primordial a recuperação da autonomia e da qualidade de vida da paciente em questão. A sensível modificação obtida em sua atitude postural (Figura 19) possibilitou o resgate de grande parte das atividades cotidianas, promovendo, em consequência, efeitos benéficos na esfera funcional, psicocomportamental e sócio-familiar.

CONCLUSÃO

A velhice é um fenômeno natural, que afeta o ser humano na sua singularidade. Desta forma, entende-se que o modelo biomédico tradicional, que emprega uma gama de recursos tecnológicos, reduz e fragmenta os indivíduos, não privilegia um olhar amplo de saúde. O método GDS de cadeias musculares, embora concentre sua intervenção na mecânica corporal, possibilita ao fisioterapeuta perceber o ser humano em sua globalidade, uma vez que não desvincula esta biomecânica dos outros aspectos que constituem o indivíduo: psiquismo, comportamento, relações sócio-familiares, cultura, etc. Assim, o tratamento pode ser individualizado e atender às demandas de cada paciente.

No que tange ao atendimento de pessoas idosas, é preciso entender que o envelhecimento populacional gera uma importante questão para a saúde coletiva, em que a preservação da autonomia se revela um ponto chave para a manutenção da qualidade de vida da população. As propostas terapêuticas discutidas neste estudo se inserem no debate da atenção integral ao idoso, que abre espaço para novas propostas de atendimento, como as empregadas nesta paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica In: Tratado de geriatria e gerontologia (E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni e S. M. Rocha, organizadores). 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.; 2002. p. 58-71.
- Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires - Concept G.D.S. - Aspects biomécaniques - Notions de base. Bruxelas: ICTGDS; 2001.
- Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires - Méthode G.D.S. - La chaîne antéro-laterale. Bruxelas: I.C.T.G.D.S.; 2004.
- Campignon P. Respir-Actions. Bruxelas: ICTGDS; 1996.
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997;31:184-200.
- De Deyne, PG. Application of passive stretch and its implications for muscle fibers. Phys Ther 2001; 81 (2): 819-827.
- Denys-Struyf G. La méthode des "Chaînes G.D.S.": une "psycho-motricité" pour adultes? - Ses principes et son enseignement. Cahiers des Chaînes G.D.S. 1986; 2: 52-58.
- Denys-Struyf G. Le manuel du méziériste. Paris: Frison-Roche; 1996.
- Denys-Struyf G. Les chaînes musculaires et articulaires. Bruxelas: ICTGDS; 1997.
- Gagey P-M, Weber B. Posturologia - Regulação e distúrbios da posição ortostática. São Paulo: Manole; 2000.
- Hodges PW, Gandevia SC. Changes in intra-abdominal pressure during postural and respiratory activation of the human diaphragm. J Appl Physiol 2000; 89 (3): 967-76.
- Hodges PW, Richardson CA. Transversus abdominis and the superficial abdominal muscles are controlled independently in a postural task. Neurosci Lett 1999; 265 (2): 91-4.
- Hodges PW. Is there a role for transversus abdominis in lumbo-pelvic stability?. Man Ther 1999; 4 (2): 74-86.
- Janssens JP, Pache JC, Nicod LP. Physiological changes in respiratory function associated with ageing. Eur Respir J 1999;13:197-205.
- Kapandji IA. Physiologie articulaire: schémas commentés de mécanique humaine. Paris: Maloine; 1999.
- Perracini M, Najas M, Bilton T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica In: Tratado de geriatria e gerontologia (E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni e S. M. Rocha, organizadores). 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.; 2002. p.814-819.
- Piret S, Béziers M-M. A Coordenação motora: aspecto mecânico da organização psicomotora do homem. São Paulo: Summus; 1992.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003;19(3):793-798.
- Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho, FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência & Saúde Coletiva 2002;7(4):899-906.
- Williams GN, Higgins MJ, Lewek MD. Aging skeletal muscle: physiologic changes and effects of training. Physical Therapy 2002;82(1):62-68.

“É a partir do nosso corpo que agimos, que nos relacionamos com o mundo à nossa volta e com nós mesmos. Falar do corpo, portanto, é falar do sujeito. Falar da estética do corpo é falar de estética do sujeito e da sociedade”.

Ilana Strozenberg, (2006)

Este artigo propõe a inclusão da terapia corporal baseada no método GDS no tratamento multidisciplinar da anorexia nervosa. A conduta usual do tratamento esta relacionada com a sua complexidade. A etiologia dos transtornos alimentares é constituída por um conjunto de fatores em interação, que envolvem componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais. Tais aspectos determinam as dimensões necessárias na abordagem do tratamento desses transtornos. Isso porque a complexidade da condição clínica exige uma abordagem integrada e multiprofissional. Uma equipe composta por psiquiatra, clínico geral, psicólogo e nutricionista é o alicerce do tratamento, sobretudo em esquema ambulatorial e hospitalar.

Existem três categorias de transtornos alimentares: anorexia nervosa (AN), bulimia e obesidade. O foco deste artigo será na anorexia nervosa, que é um transtorno alimentar caracterizado principalmente pela limitação da ingestão de alimentos devido à idéia “obcecada” de ser magra, aliado a um medo exacerbado de se ganhar peso chegando ao extremo da recusa alimentar.

Segundo o DSM IV, a AN é caracterizada por: perda acentuada de peso, medo mórbido de engordar e alterações endócrinas.

O SID.-10 descreve como:

- o peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do índice de massa corporal esperado
- a perda de peso é auto-induzida
- transtornos endócrinos generalizados, hipotalâmico-hipofisário-gonadal.

Uma proposta de inclusão do método GDS no tratamento multidisciplinar da anorexia nervosa

Bárbara Schindler

- distorção da imagem corporal
- início geralmente puberal

Basicamente, na literatura médica, distingue-se dois tipos de anorexia nervosa: a do tipo restritivo e a do tipo compulsão periódica/purgativa. Na grande maioria, são mulheres que mesmo após perder muito peso, ainda permanecem com esse medo de engordar. A imagem corporal que elas possuem de si apresenta-se distorcida: mesmo estando muito magras, se percebem “gordas”.

Estão presentes nesses transtornos rituais diários de controle do peso: pesar-se várias vezes ao dia, fazer medições do corpo e calcular a quantidade de calorias ingeridas. A manifestação pode variar de leve até casos fatais e é considerada pela psiquiatria uma “doença mental”, mas com conseqüências físicas certíssimas e muitas vezes irreversíveis, que atinge 90% mulheres.

O corpo, na anorexia, quando na ausência de calorias, passa a se alimentar de suas próprias proteínas alimentares, ocasionando irregularidades no ritmo cardíaco ou mesmo uma insuficiência cardíaca. Apresentam queixas de constipação intestinal, dor abdominal, hipotermia (intolerância abaixo temperatura ambiente), pele ressecada e de aparência pálida, amenorréia (nas mulheres), diminuição do útero. Há também os sinais comportamentais que denotam uma grande preocupação: dificuldade de comer na presença de outras pessoas, hábitos alimentares diferentes como cortar o alimento em pedaços minúsculos, perfeccionismo, depressão, irritabilidade, mudanças constantes de humor, isolamento social, manias obsessivo-compulsivas (de limpeza, organização...) e dificuldades de relacionamento.

Apesar de haver vários “grupos de risco”, vemos cada vez mais casos de anorexia associados ao mundo da moda e dança, profissionais que têm uma alta exigência de que o corpo seja “magro e esguio”. O padrão de beleza atual é rígido e cruel. Mu-

Iheres ávidas por um corpo esbelto e sem curvas travam uma verdadeira luta com seu próprio corpo.

Aspectos históricos

Com o objetivo de traçar um histórico dos conceitos referentes à NA, iremos percorrer um pedaço da história desde a Idade Média até os dias atuais, em paralelo à história da psiquiatria.

Na Idade Média, existia uma interpretação religiosa de que o jejum voluntário estaria intimamente ligado à purificação do corpo (Milagre divino). Conta-se que, em 700 d.C., um rei teria prometido uma de suas filhas em casamento a um outro, da Sicília. Porém, esta mulher havia se colocado “a serviço de Deus” e feito votos de castidade. Desesperada, esta princesa submeteu-se a um jejum prolongado perdendo assim sua “beleza e seus atrativos físicos”, conseguindo que seu pretendente desistisse do compromisso. Esta mulher acabou sendo canonizada pela Igreja como Santa Wilgefortis e foi admirada por todas aquelas mulheres que desejavam se livrar do controle e do assédio sexual dos homens dessa época. A prática que mortificava o corpo a ponto de retirar os atrativos físicos, na Idade Média, é cultuada como referência estética na atualidade. Necessidade de controlar o corpo e não de buscar o seu conhecimento. Controle de um corpo estruturado para ciclar (o que uma mulher vive, no período do seu ciclo menstrual, um homem não passa durante toda a sua vida).

Rudolf Bell (Holly Anorexia, 1985) descreve que, a partir do século XIII, muitas mulheres católicas praticavam o dito “jejum religioso” como sendo prova de devoção a Deus e “purificação da carne”. Elas eram encorajadas pela própria Igreja católica que, após suas mortes, as santificavam. Ele usa o termo “anorexia santa” para especificar esse tipo de comportamento.

No Renascimento, as “doenças da alma” começam a ser estudadas e, ao contrário do que se acreditava na Idade Média, os jejuns não eram mais vistos como forma de devoção a Deus e sim, como obra do “Demônio”. A medicina começa então a investigar e a tentar compreender como havia sobrevida, por um determinado tempo, num quadro de inanição.

No século XIX, eram consideradas belas aquelas mulheres possuidoras de um corpo formato “ampulheta”, que viviam envolvidos sofregamente por espartilhos, projetando seios e nádegas. As mãos cobertas por luvas, os cabelos com véus e chapéus, os pés com sapatos finos serviam como “couraça”, protegendo-as assim do desejo masculino.

Em meados deste mesmo século, o Romantismo, na literatura, dava à mulher uma imagem romântica, ao mesmo tempo em que cresciam os números de ginásios esportivos, despertando a atenção desta mulher para as vantagens físicas e morais que a prática de exercícios oferecia. Muitos achavam que essa atenção voltada para o desenvolvimento dessa força física “maculava”

o papel de mãe e mulher, que até então era dedicada exclusivamente à casa, ao marido e aos filhos. Esta mulher começava, portanto, a se apropriar de algo que, até então, fazia parte de um universo masculino. Até a medicina da época alertou para o quanto uma rotina de exercícios era benéfica para sua saúde. A elegância feminina começou então a ser associada à saúde e a força física.

Alguns dados históricos nos mostram que os primeiros casos de AN de que se têm registros foram relatados pelo Dr. Richard Morton em 1694.

Em 1873, numa Conferência, o Dr. Willian Gull faz a descrição de uma “doença absolutamente particular”, em que três pacientes apresentavam como sintomas: grande perda de peso, amenorréia, constipação intestinal, hipotermia, edemas e inquietação, sem a evidência de que estes sintomas estivessem associados a qualquer outro tipo de doença. Essas pacientes apresentavam características comuns, como recusa em se alimentarem e subnutrição, mas, apesar disso, apresentavam bastante energia física e descreviam um sentimento de bem estar. Em 1874, ele nomeia esse quadro de sintomas de Anorexia Nervosa.

Ernest-Charles Lasague foi o psiquiatra que lutou ativamente pelo fim das responsabilidades para os portadores de desordens mentais. Estudioso da medicina somática é o primeiro da História da psiquiatria a levar em consideração, no tratamento da anorexia, a relação entre paciente, sintoma e família, apesar de suas concepções sobre os transtornos mentais serem de base biológica. Em 1873, publica um trabalho “L Anorexie Hysterique” que aborda oito pacientes do sexo feminino entre 18 e 32 anos, enfatizando os aspectos familiares como sendo colaborativos na manutenção da doença, já que “a anoréxica mostrava-se dependente e fragilizada diante de sua família”. Tinha como proposta separar doente e família para que o tratamento fosse eficaz (Garfinkel, 1995; Szmukler, 1995).

Há registros de que Sigmund Freud, em 1895, descreve a anorexia nervosa como uma “grande melancolia pré-puberal decorrente de conflitos sexuais reprimidos”. É ele quem primeiramente vincula a anorexia à sexualidade. Segundo Freud, “a aversão à comida estava ligada, de uma forma simbólica, a impulsos sexuais e que os conflitos emocionais eram manifestados no corpo” (Freud, 1977, vol. I p. 276). Para ele, a psicanálise não era a melhor opção em tratamento, visto que se tratava de uma doença grave e com necessidade de uma rápida remoção dos sintomas.

No final do século XIX, vários são os textos apresentados na literatura médica francesa.

Em 1914, num exame de autópsia realizado em uma mulher com anorexia, feito por um médico patologista chamado Simmonds, a glândula pituitária foi encontrada destruída. A partir dessa observação formulou-se a hipótese de que mulheres com anorexia eram portadoras de distúrbios dessa glândula, causando mui-

tas controvérsias em relação ao diagnóstico da doença.

Em 1930 o Doutor Berkman relata casos de pacientes observadas que apresentavam insuficiência da glândula pituitária como consequência do estado de desnutrição, e não como causa (Beaumont apud Berkman, 1991). Mas só no ano de 1948, Sheehan e Summer mostram que a Anorexia nervosa era uma doença distinta da insuficiência pituitária, tanto nos aspectos físicos como nas alterações de comportamento.

No início do século XX, surge a “moda da mulher magra” que, segundo Philippe Perrot (*Le travail des apparences ou les transformations du corps féminin XVIII-XIX siècle - Paris Sevil, 1984-pp. 196 e 197*), “é o desabrochar de uma mística da magreza, uma obsessão pelo emagrecimento, tudo isso associado ao uso de roupas fusiformes”. Da Europa, que ditava a moda, vinha à aprovação de corpos leves e esbeltos, desenhados pela prática de exercícios sobre bicicletas, nas piscinas e nas quadras de tênis. Era o início da perseguição aos “quilos a mais”.

No mundo masculino, muitos percebiam as pernas finas, os seios pequenos e os cabelos curtos como uma negação da própria feminilidade. Mesmo assim, as dietas e a prática da musculação passam a fazer parte do ritual de beleza da mulher que endurece, emagrece e, para muitos da época, “masculiniza” seu corpo, deixando para trás o formato “ampulheta” tão característico das mulheres aprisionadas por espartilhos. A mulher dos novos tempos tinha que ter um corpo ágil e rápido, pois magreza passa a ser sinônimo de liberdade.

Enquanto isso, de 1914 a 1937, a anorexia era considerada pela literatura médica mundial como sendo uma doença endócrina. Sua pesquisa orgânica ganha muitos adeptos, apesar da psicanálise mostrar-se preocupada em descrever os mecanismos intrínsecos da anorexia.

Segundo referências bibliográficas, a psicopatologia da Anorexia Nervosa só foi mais claramente estabelecida por Hilde Bruck no ano de 1950, quando expõe duas importantes características básicas: grande perda de peso e a correlação entre a percepção de sentimentos e o déficit da imagem corporal.

A partir do ano de 1969, começa-se a estabelecer quais seriam os critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa que incluem a psicopatologia, alterações no comportamento alimentar e as alterações endocrinológicas, ou seja, havia um comportamento constante na busca da perda de peso corpóreo associado a um temor de se engordar.

Gerald Russell (apud Szmukler, 1995) foi o pesquisador que mais contribuiu para a descrição da Anorexia nervosa atual e ressalta que a doença pode variar de acordo com a época histórica e a cultura do indivíduo.

Durante algum tempo, a Anorexia estava inserida em doenças como a esquizofrenia, depressão e transtornos conversivos. No final do século XIX, vários são os textos apresentados na literatura médica francesa.

As tentativas de explicar AN como uma única formulação psicodinâmica acabou sendo abandonada

já que era uma síndrome bastante complexa.

Do ponto de vista da psicologia individual, os trabalhos de Hilde Bruch publicados em 1950 e 1980 exploram a idéia de que a busca incessante pela magreza é a principal motivação da anorexia, a qual nomeia anorexia primária e que esta difere das outras formas de anorexia, em que a perda de apetite é secundária a outras doenças como a depressão, esquizofrenia e histeria. Segundo ela, existem três características marcantes: transtorno da imagem corporal; transtorno na percepção de estímulos corporais (como a fome); e sentimentos de ineficiências, que estavam presentes tanto no pensamento como no comportamento (Bruch, 1973).

O psiquiatra Gerald Russel (1979) publica um trabalho descrevendo a síndrome chamada bulimia nervosa, e foi a partir desse ano que foram desenvolvidos os critérios operacionais para a anorexia nervosa e que continua a evoluir até os dias atuais.

A mulher moderna, sob o ponto de vista sócio-cultural, está diante de uma enxurrada de informações veiculadas principalmente pela mídia que traz a seguinte mensagem: temos que ser belas, jovens e saudáveis! Graças também a elas, convivemos com a tirania da perfeição física e do não envelhecimento. As revoluções femininas apontam conquistas e também armadilhas. Ao mesmo tempo em que a mulher conquistou o mercado de trabalho e a liberdade de escolha quanto ao momento da maternidade, existe hoje a busca de um corpo perfeito e, ainda que de uma forma diferente, a mantém num lugar de submissão. “Na contemporaneidade, o corpo idealizado é o corpo do consumo, nisso o sujeito é inserido na engrenagem de um sistema de consumo que lhe impõe ter desejos. Desejos que não deverão ser nunca satisfeitos, pois é do desejar sempre mais, sempre outra coisa, que esse sistema de consumo se alimenta. Já não se trata da máquina de produção que se alimentava de corpos, mas da lógica do consumo que alimenta sujeitos nunca saciados. Com isso, no lugar do indivíduo anônimo se instala o valor do indivíduo diferenciado, que se destaca dos outros, de imediato, pela sua aparência. Uma aparência da qual se assume ser a vitrine mais evidente e inequívoca do sujeito. Em pleno domínio da ditadura da aparência” (Strozenberg, 2006).

Há, historicamente, uma associação entre beleza e mulher, uma ancoragem identitária. O poder feminino estava aliado à capacidade de sedução, por isso mexer na imagem reflete na identidade.

O ideal de beleza feminina passou a valorizar a busca de uma identificação com aquelas mulheres lindamente penteadas, maquiadas e magérrimas que a mídia faz questão de mostrar e não com a busca de uma identidade e de um corpo, que são individuais. Na busca de um ideal nos perdemos nos corpos do parecer. A beleza tornou-se um dever moral, saiu do âmbito físico.

“Diante de uma mulher anoréxica não há como deixar de olhar o seu corpo com espanto. Este mesmo corpo está posto para figurar uma linguagem que não encontra expressão na fala. A anoréxica “modela” sua imagem para anunciar sua questão com a feminilidade. O vocábulo desencarnar, segundo nos ensina o “Aurélio”, significa “deixar a carne passar para o mundo espiritual”. O corpo emagrecido, sem forma feminina, funciona como um protesto “protesto para não crescer”. (Soraia Bento Gorgati)

Através de suas atitudes, o corpo é símbolo.

“Palavras sem corpos aos corpos sem palavras”. “As cadeias assumem então a palavra, gravam-nas na carne e nos ossos para falar dos ‘nossos males’”. O alfabeto desenhado pelo corpo possui 6 letras, para ele poder se comunicar, existir, parecer, criar e ser. Que são as estruturas conhecidas: AM, PA-AP, PM, PL e AL. Estas letras do alfabeto nascem de uma motivação, um projeto, um desejo. Que gera um vazio a ser preenchido. O preenchimento do vazio é a realização do seu projeto.

Um projeto. Um terreno a ser cultivado.

Neste momento existe uma ligação das estruturas da personalidade com um desejo, que toma forma através das cadeias musculares. Tão importante quanto o fluxo de informação entre os músculos, é o que motivou, o que animou esta ação.

Para Godelieve Denys-Struyf, existe um tipo de abordagem específica para os aspectos morfo-psico-comportamentais, que é o trabalho sobre a Onda da Consciência, onda da potencialização. Uma forma de “reconexão” com o projeto de base, que é vivenciada através da estratégia da onda, um trabalho de reprogramação psicomotora.

O desenvolvimento humano se faz em ciclos/ondas. Existe a primeira, que é a onda do crescimento. Esta não pode ser refeita, mas várias outras ondas podem ser realizadas proporcionando uma nova experiência.

As passagens mal escritas podem ser reescritas.

A onda da consciência deve ser vivenciada em uma determinada cronologia: existir, construir e agir, ou seja, AM, PA e PM.

Para a autora a doença não existe, o que existe é uma dificuldade em realizar o projeto de base. E os transtornos alimentares têm ressonância com a não realização de um projeto PA, um ideal a ser construído e alcançado, de beleza, eixo e de ser.

A primeira onda AM, da criança, é vivida na família. Mas é na adolescência que se inicia a segunda onda PA-AP (sexualidade). Por isso, para se vivenciar esta estrutura, a anterior deve estar alimentada, dando base para esta construção.

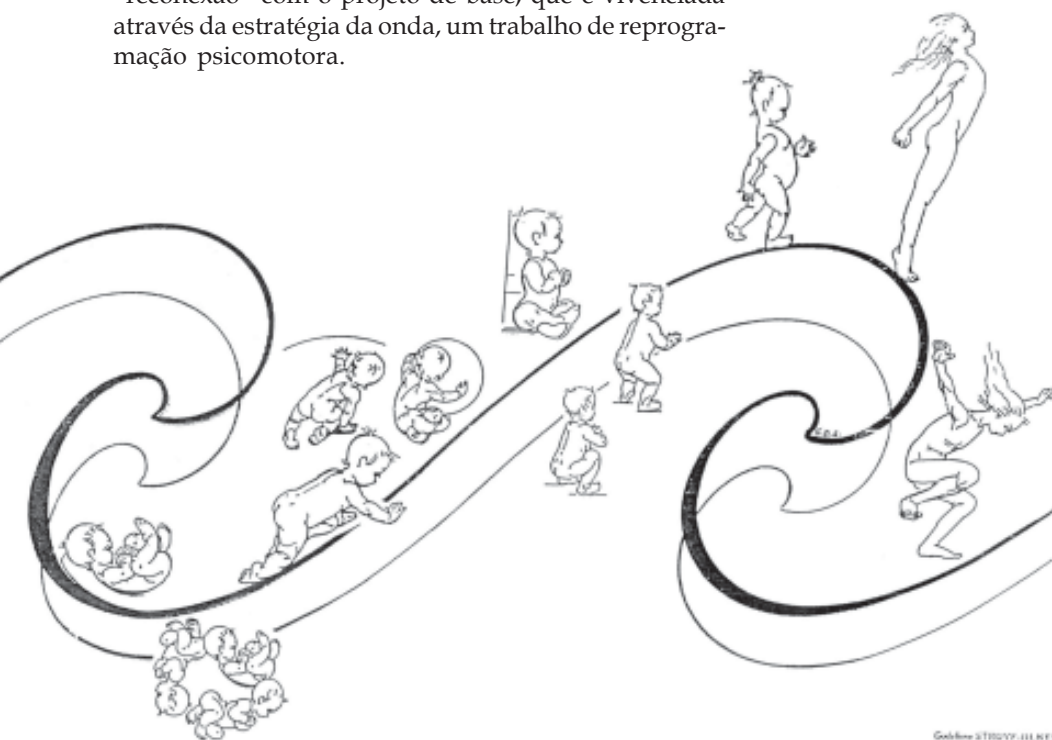
Portanto, na anorexia poderíamos pensar na falta de uma boa maturação da estrutura AM, que é a estrutura responsável pela formação do ego e que dá a noção de existir, intimamente ligada à sensação corporal. O AM precisa de presença física, contato e estrutura. Tem urgência em sentir-se a si mesmo. Busca “um invólucro que lhe dê segurança, construído de múltiplas maneiras: no seio do casulo familiar, ao redor da filiação racial, de suas tradições e ritos ancestrais” (Struyf, 1995). Está ligada ao reconhecimento de si, e ao sistema imunológico, com a “ajuda” de outra estrutura (AL).

No bebê, o sistema cenestésico predomina de modo absoluto: é a idade da mais profunda não-diferenciação, na qual o afeto e o percepto ainda são um só.

Mas somente em idades subseqüentes que poderemos compreender o papel desempenhado pelos afetos na percepção.

“Nas primeiras semanas de vida o único órgão no qual a percepção atua, é a cavidade oral” (Spitz1979).

Para Spitz “toda percepção começa na cavidade oral, que serve como a ponte primordial da recepção interna para a percepção externa. E também Isakower (1938) afirma que a combinação da cavidade oral com a



mão representa o modelo de estrutura pós-natal mais primitiva do ego, e as sensações da cavidade oral estão possivelmente fundidas com as do revestimento cutâneo externo. Esta tripla fonte de sensações e experiência constitui um núcleo do ego. AM em defesa, toma a zona esternal, a garganta e a zona do estômago, que são particularmente atingidas por crispações que dão origem a sensações de angústia. Caracteriza-se pela retirada, pelo fechamento, são muito mais afetadas pelos sentimentos”.

O primeiro nível do AM (AM 1) desenvolve-se na puberdade, que é o início da consolidação da individualidade e, fisicamente, é quando o queixo se pronuncia.

Vivenciarmos-nos em AM nos dá centragem e estabilidade, vivenciarmos-nos como uma mãe, ou como uma terra que confere segurança, essencial para o desenvolvimento da PA. A primeira linguagem do bebê é a linguagem da mãe. “Se o corpo dos pais não fala, o bebê, a criança não aprende a linguagem do corpo”.

A sensibilidade profunda, sinestésica, desperta durante a fase anterior (AM), é utilizada de modo vantajoso. Isto tendo chegado em PA, a sensação do perióstio, a vigilância articular e muscular em estado de alerta contribuem para refinar o movimento e para a construção ótima do corpo.

“A consciência do corpo, dos eixos, do eixo.”

A sensibilidade mais a imagem conduzem ao gesto justo.

“A imagem e a emoção engendram a forma do corpo e do gesto preferencial, que por sua vez constroem a pessoa segundo suas imagens” (Struyf, 1995).

A ausência de imagens é, para o cérebro, uma ausência de referência que comporta um risco de inexistência.

A boa construção do eixo e da individualidade depende de imagens justas e de uma sensibilidade corporal desperta.

Na AN, o corpo desencarnado “pede” a construção integral da unidade corpo/mente. Unidade esta que necessita da construção de uma bacia (base) para o crescimento do eixo vertebral, necessita a validação sensorial para a construção da individualidade. Gerando um desenvolvimento com independência e com intimidade (com os outros e com o mesmo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUCHAIM, Ana Luiza. *Aspectos Históricos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa*.

ANDERSON Mía. *La conexión madre-hija como fuerza curativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación*. Sistemas familiares, abril, 1997.

BATISTA, Dayse. *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BRANDÃO, Junito de Souza. *Mitologia Grega*. vol. II. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

CAMPIGNION, Philippe. Les chaines musculaires et articulaires methode GDS. In: *Les chaines relationnelles, antéro-laterales*. Ed. P. Campignon, 2004.

DENYS-STRUYF, Godelieve. *Cadeias musculares e articulares*. Método GDS. São Paulo: Summus, 1995.

_____. *Les Chaines musculaires et articulaires*. Bruxelas ICTGDS: Ed. Prodim-BXL, 1987.

FASOLO, Carmen & DINIZ, Tereza C.V.C. *Aspectos Familiares*. Transtornos Alimentares e Obesidade. Reimpressão. São Paulo: Artmed, 2002.

GORGATI, Soraia B. *Corpos Desencarnados*. Textos retirados da Internet.

HERCOVIC, Cecile Rausch & BAY, Luisa. *Anorexia nervosa e Bulimia*. Ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MIGUEL, Eurípides C. *Transtornos de espectro Obsessivo-Compulsivo*: Diagnóstico e tratamento: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MINUCHIN, Salvador & NICHOLS, Michael P. *A cura da família – histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronesse. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 1995.

MOTA, Elizabeth Duarte. *Transtornos Alimentares e Obesidade – Um olhar sistêmico construtivista*. Rio de Janeiro, 1999.

NOVAES, V. Joana. *O intolerável peso da feiúra sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2006.

NUNES, Maria Angélica Antunes et al. *Transtornos alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PRIORE, Mary Del. *Corpo a corpo com a mulher – pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora Senac, 2000.

ROBELL, Suzanne. *A mulher escondida – a anorexia nervosa em nossa cultura*.

SILVA, Ana Beatriz B. *Mentes Insaciáveis*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SIMON, F. B., STIERLIN, H. & WYNNE, L. C. *Vocabulário de terapia familiar*. Espanha: Gedisa Editorial, 1997.

SLUZKI, Carlos E. *A Rede Social na Prática Sistêmica – Alternativas Terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPIGNESEI, Angelyn. *Mulheres famintas – Uma psicologia da Anorexia Nervosa* São Paulo: Summus Editorial, 1992.

SPITZ, René A. *O Primeiro Ano de Vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1965.

WOOLGER, Jennifer Barker & ROGER, J. *A Deusa Interior*. São Paulo: Editora Cultrix, 1987.

aconteceu na APGDS-Rio



1.



2.



3.

I Jornada Científica da APGDS-Rio: Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz, julho de 2006

1. Conferência com o professor Bernard Valentin (Bélgica). 2. Conferência de Bárbara Schindler, vice-presidente da APGDS-Rio. 3. Lançamento do livro "Bico de Papagaio e outros Bicos".

Congresso Internacional da APGDS: Granada, Espanha - maio de 2007

1. Conselho Diretor da APGDS-Rio. 2. Cadeístas brasileiros com M. e Mme. Struyf na noite de gala. 3. APGDS-Rio na noite de gala. 4. Em sentido horário: Alexandre de Mayor, Renata Ungier (presidente da APGDS-Rio), Aida Lencina (presidente da APGDS-Espanha), Régine Hubeaut, Philippe Campignon (presidente da APGDS-França), Mme. Godelieve Denys Struyf, M. André Struyf, Elia Verdu, Alain D'Ursel (presidente da APGDS-Bélgica) e Lori Campignon. 5. Cadeístas Brasileiros no Palácio de Congressos de Granada.



2.



4.

Projeto Fim de Semana da Cadeia

1. Acolhimento. 2. Vivência prática. 3. Desenvolvendo a sensação no fazer e no receber. 4. Momento de descontração



1.



3.



5.



1.



2.



3.



4.

Associados da APGDS-Rio

Presidente

Renata Ungier

ungier@terra.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/907, Leblon

Rio de Janeiro - RJ 22440-901

(55) 21 2259-0969

Secretária adjunta

Sylvia Nancy Miranda Costa Azevedo

sylvia.azevedo@terra.com.br

Rua Visconde de Pirajá 550/1213, Ipanema

Rio de Janeiro - RJ 22410-003

(55) 21 2249-4384

Vice-presidente

Bárbara Schindler

barbara.schindler@yahoo.com.br

Rua Visconde de Pirajá 550/1213, Ipanema

Rio de Janeiro - RJ 22410-003

(55) 21 2249-4384

Secretária

Maria de Fátima de Oliveira Rosas

fatima.rosas@yahoo.com.br

Rua Felipe Camarão 138/203, Tijuca

Rio de Janeiro - RJ 20550-150

(55) 21 2278-7329

Tesoureiro

Alexandre de Mayor

demayor@terra.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/907, Leblon

Rio de Janeiro - RJ 22440-901

(55) 21 2259-0969

Diretora científica

Mônica Souza Lucas da Silva

monifisio@ig.com.br

Rua Visconde de Pirajá 550/1808, Ipanema

Rio de Janeiro - RJ 22410-002

(55) 21 2294-5779

A APGDS
no mundo

BRASIL

APGDS-Rio

Presidente: Renata Ungier

Contato: ungier@terra.com.br

ESPAÑA

APGDS-Espanha

Presidente: Aida Lencina

Contato: a.delvalle@lobocom.es

FRANÇA

APGDS-França

Presidente: Philippe Campignon

Contato: Lori Campignon -

apgds@wanadoo.fr

CANADÁ

Contato: Thierry Dumont -

koram@qc.aira.com

BÉLGICA

APGDS-Bélgica

Presidente: Alain D'Ursel

Contato:

APGDS_BEL@hotmail.com

ITÁLIA

Contato: Anne-Laure Gardeaux -

algardeaux@tin.it

Para fazer parte da APGS-Rio ou publicar seu artigo na Revista *Olhar GDS*, entre em contato com ungier@terra.com.br.

Fundadores

Wanja de Carvalho Bastos

wanjab@uol.com.br

Rua Pinheiro Guimarães 77/301, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22281-080
(55) 21 2539-1222

Susan Barbara Guerin

susanbguerin@hotmail.com

Rua Visconde de Pirajá 414/615, Ipanema
Rio de Janeiro - RJ 22410-905
(55) 21 2287-2098

Maria Luiza Lemos Azem

pazem@globo.com

Rua Visconde de Pirajá 111/514, Ipanema
Rio de Janeiro - RJ 22410-000
(55) 21 2246-4959

Patrícia Gebara Abifadel

patgebara@zipmail.com.br

Rua Visconde de Pirajá 550/1808, Ipanema
Rio de Janeiro - RJ 22410-002
(55) 21 2294-5779

Sandra Carvalho

sfcarvalho@ig.com.br

Rua Visconde de Pirajá 550/1808, Ipanema
Rio de Janeiro - RJ 22410-002
(55) 21 2294-5779

Elizabeth Rodrigues Madureira

Rua Viúva Lacerda 213, Humaitá
Rio de Janeiro - RJ 22261-050
(55) 21 2538-2157

Ana Rita Figueiredo Ribeiro

anaritaribeiro@uol.com.br

Rua General Garzon 22/511, Jardim Botânico
Rio de Janeiro - RJ 22470-010
(55) 21 2511-4849

Nilza Elayne Leiria de Castro

nilzaelayne@hotmail.com

Rua Voluntários da Pátria 190/616 e 617, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22270-010
(55) 21 2286-5897

Lucia Leibel Swartzman

lucialeibel@ig.com.br

Rua Voluntários da Pátria 190/616 e 617, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22270-010
(55) 21 2286-5897

Márcia Fátima Dias Brandão e Silva

marciadias60@yahoo.com.br

Rua Sebastião José da Costa 41, Jardim Brasília II
Resende - RJ 27515-140
(55) 24 3354-3543

Rosangela de Oliveira Bittencourt

robittencourt@quick.com.br

Rua Senador Irineu Machado 27-A, Jardim Amália I
Volta Redonda - RJ 27251-070
(55) 24 3348-4165

Vinicius Gangana de Oliveira

vinicius.gangana@yahoo.com.br

Rua Senador Irineu Machado 27-A, Jardim Amália I
Volta Redonda - RJ 27251-070
(55) 24 3348-4165

Teresinha Schulz

tecaschulz@yahoo.com.br

Rua Augusto Pestana 25/43, Bom Fim
Porto Alegre - RS 90040-200
(55) 51 3388-2701

Regina Maria Mello Monjardim

reginamonjardim@hotmail.com

Rua Almirante Alexandrino 1410 ss 304, Santa Teresa
Rio de Janeiro - RJ 20241-261
(55) 21 2221-3517

Sandra Regina de Castro Sobral

sobralmed@ig.com.br

Rua Sobragi 251, Ilha do Governador
Rio de Janeiro - RJ 21920-150
(55) 21 2467-2654

Elizabeth Pimentel Berardo C. da Cunha

elizabethberardo@domain.com.br

Rua Jardim Botânico 674/505, Jardim Botânico
Rio de Janeiro - RJ 22461-000
(55) 21 2539-4600

Núbia de Lima Barbosa

nubialbarbosa@ig.com.br

Rua Real Grandeza, 182 casa 6A C, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22281-036
(55) 21 2579-2380

Rachel Fonseca Figueiredo de Castro

figueiredo.rachel@gmail.com

Av. Copacabana 1059/1003, Copacabana
Rio de Janeiro - RJ 22060-970
(55) 21 2247-0792

Tais Maria Cury Carrico

movimentos@casashopping.com.br

Av. Ayrton Senna 2150 bl. G sala 203 - Casashopping, Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ 22775-003
(55) 21 3325-8126

Paula Tenenbaum

paulatenenbaum@hotmail.com

Av. Rui Barbosa 377, São Francisco
Niterói - RJ 24360-440
(55) 21 2710-9896

Juceia Bayerl

juceia@uol.com.br

Estrada do Galeão 1401/318, Ilha do Governador
Rio de Janeiro - RJ 21931-630
(55) 21 2462-4322

Titulares

Tânia Mara Santos Loureiro

corpo21@terra.com.br
Rua Boavista 19, São Francisco
Niterói - RJ 24365-010

Beatriz Ocogne

bia@biaocogne.com.br
Alameda Gabriel Monteiro da Silva, Jardins
São Paulo - SP 01442-000
(55) 11 3064-5049

Sylvia Christina Cardoso Lopes

ernestor@domain.com.br
Rua Viuva Lacerda 213, Humaitá
Rio de Janeiro - RJ 22261-050
(55) 21 2538-2157

Presciliana Straube de Araújo

pstraube@uol.com.br
Rua Peixoto Gomide, 996 conj.110, Cerqueira César
São Paulo - SP 01409-000
(55) 11 5531-3978

Claudia Regina Fonseca

caufonseca@uol.com.br
Rua Antonieta Revoredo 510, Vila Elvira
São Paulo - SP 04725-010
(55) 11 5686-6726

Maria Beatriz de Souza Hue

biahue@ig.com.br
Rua Marquês de São Vicente 429/501, Gávea
Rio de Janeiro - RJ 22451-041
(55) 21 2274-6652

Antonio Fernando Ugelli

afugelli@uol.com.br
Rua Oliveira Rocha 46/102, Jardim Botânico
Rio de Janeiro - RJ 22461-070
(55) 21 2537-9207

Priscilla Duarte

priduarte66@gmail.com
Rua Tenente Maurício de Medeiros 6A, Santa Teresa
Rio de Janeiro - RJ 20240-300
(55) 21 2222-4142

Mônica Cristina Vaz Silva

mocris@osite.com.br
Rua Almirante João Cândido Brasil 120, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ 20511-020
(55) 21 2570-8920

Maria Antônia Carneiro da Cunha Miguet

tota.miguet@terra.com.br
Rua Maria Tereza Dias da Silva 116, Cidade Universitária
Campinas - SP 13083-820
(55) 19 3289-5567

Nícia Poppini Vaz

niciapopini@superig.com.br
Av. Antônio Baturia 393, Alto de Pinheiro
São Paulo - SP 05462-050
(55) 11 3031-9382

Rita Mayumi Kubo Wada

rita_wada@yahoo.com.br
Rua Caçapava 49 conj. 24, Jardim Paulista
São Paulo - SP 01408-010
(55) 11 3083-1967

Daniela Gatti Monteiro

msdanigatti@hotmail.com
Corpo Vital - Est. Francisco da Cruz Nunes 6501/32, Itaipu
Niterói - RJ 24350-120
(55) 21 2608-1088

Maria Aparecida Bezerra

cldb@globo.com
Rua Guaibê 44, Aparecida
Santos - SP 11035-190
(55) 13 8111-7617

Claudia Barreto Haddad

claudia@rededocorpo.com.br
Rua Frederico Ozanan 189, Guarda-mor
MG 36309-012
(55) 32 3371-7887

Cecilia Stephan

ceciliastephan121@hotmail.com
Rua Ática 500, Aeroporto
São Paulo - SP 04634-042
(55) 11 5031-6089

Josiane Izaias Paulino Mila

josiane.fisio@uol.com.br
Av. Adolfo Pinheiro 893, Santo Amaro
São Paulo - SP 04733-100
(55) 11 5686-2511

Ana Cristina Pereira do Vale Ferreira

anacristina.vale@terra.com.br
Rua Varsóvia 15 quadra 11, Jardim Tropical
MT 78065-150
(55) 65 3634-9324

Beatriz Pizarro

beatrizpizarro@dgmnet.com.br
Rua Afonso Ferreira 54, Centro
GO 75901-160
(55) 64 3613-1265

André Eduardo Trindade

andretrindade@terra.com.br
Rua Capote Valente 439 conj. 101/102, Pinheiros
São Paulo - SP 05409-001
(55) 11 3063-2987

Renato Guarino Werneck

renatogw@yahoo.com.br
Rua Aristides Lobo 29/102, Rio Comprido
Rio de Janeiro - RJ 20250-450
(55) 21 2504-5646

Margarete Primati

mprimati@ig.com.br

Av. Agami 347, Moema
São Paulo - SP 04522-001
(55) 11 5051-9184

Angela Beatriz Campani

acampani@terra.com.br

Rua Professor Ulisses Cabral 1154, Chácara das Pedras
Porto Alegre - RS 91330-520
(55) 51 3338-5241

Maria Conceição Esteve

conchi@directnet.com.br

Divisão de Saúde (GIA-SJC), Campus CTA
São José dos Campos - SP 12228-470
(55) 12 3947-3059

Bernadete Merotto Benini

detebenini@hotmail.com

Av. Pedro Adms Filho 4790/405, Centro
Novo Hamburgo - RS 93320-006
(55) 51 3533-1452

Bernadette Capdeville

bernadettecapdeville@hotmail.com

Rua Dezenove de Fevereiro 130/302, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22280-030
(55) 21 2266-2636

Nara Vieira Gomes Pereira

nara.vieira@terra.com.br

Rua Major José Inácio 2711, Centro
São Carlos - SP 13560-161
(55) 16 3376-1668

Lisana Torres

lisanatorres@gmail.com

Travessão Carreirão 104/306, Centro
Florianópolis - SC 88015-540
(55) 48 3225-6452

Vanessa Cristina Taccolini Quércia

vcquercia@hotmail.com

Estrada da Canoa 722/112 bl. 2, São Conrado
Rio de Janeiro - RJ 22610-210
(55) 21 2422-2137

Maria Angélica A. dos Santos

mangelsantos@uol.com.br

Av. Nove de Julho 3229 conj. 1003, Jardim Paulista
São Paulo - SP 01407-000
(55) 11 3882-7200

Weld Santos Encarnação

weld@ateliectorporal.com.br

Rua General Glicério 400 lj. A, Laranjeiras
Rio de Janeiro - RJ 22245-120
(55) 21 2225-6134

Janette Zamudio Canales

jane_canales@terra.com.br

Rua Caconde 49/82, Jardim Paulista
São Paulo - SP 01425-011
(55) 11 3885-0567

Dulce Maria Neves Alario Estevam

dulcealario@hotmail.com

Rua da Consolação, 3367 conj. 23, Cerqueira César
São Paulo - SP 01416-001
(55) 11 3085-8556

Alessandra Morais

ale.mrs@uol.com.br

Rua Oscar Freire 1946, Pinheiros
São Paulo - SP 05409-011
(55) 11 3064-6483

Aspirantes

Nurit S. Weyrauch

nuritweyrauch@yahoo.com.br

Rua General Glicério 400 Lj A - Fundos, Laranjeiras
Rio de Janeiro - RJ 22245-120
(55) 21 2225-6134

Deborah Leibel

deborah_leibel@yahoo.com.br

Av. Construtor David Teixeira 105/103, Mata da Praia
Vitória - ES 29065-320
(55) 27 3315-0657

Beatriz Gaspar Maciel de Moura

biagaspar@globo.com

Rua Sambaíba 587/901, Leblon
Rio de Janeiro - RJ 22450-140
(55) 21 2540-6727

Claudia dos Reis Azevedo

claudiazev@ig.com.br

Rua Frederico Quartaroli 43/301, Recreio
Rio de Janeiro - RJ 22795-400
(55) 21 2486-8826

Camille Guedes Laus Brodbeck

camille03@uol.com.br

Studio Mariana Lobato - Av. Visconde de Pirajá 58, Ipanema
Rio de Janeiro - RJ 22410-002
(55) 21 2512-7706

Cristiane Cunha dos Santos de Moraes

rpg.criscunha@yahoo.com.br

Rua Ataulfo de Paiva 1079/305, Leblon
Rio de Janeiro - RJ 22440-034
(55) 21 2274-9348

Elaine Cunha dos Santos

fisioglobal@ig.com.br

Rua Ataulfo de Paiva 1079/305, Leblon
Rio de Janeiro - RJ 22440-034
(55) 21 2274-9348

WJm Turismo

- Passagens aéreas - Pacotes turísticos -
- Cruzeiros marítimos - Receptivo -
- Conta corrente - Congressos e Eventos

Av. Ataulfo de Paiva 135 sala 1408, Leblon
Rio de Janeiro - Brasil

tels: (21) 2294-1717 ou 2294-1816
e-mail: wjmtur@globo.com

visite nosso site: www.wjmtur.com.br

A revista científica *Olhar GDS* foi produzida pela Edil Artes Gráficas. Sua capa foi impressa em Couché Fosco LD 180gr, com laminação fosca e policromia (4/1). As páginas foram impressas em Couché Fosco LD 90gr e monocromia.