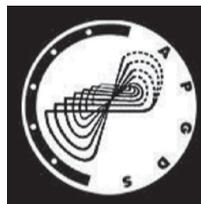


olhar GDS

2008
nº 2



O método GDS de
Cadeias Musculares
em Movimento



APGDS 

Editorial

O ano de 2008 transcorre pontuado por inúmeros momentos especiais para a APGDS. A expansão vivida pelo método GDS no Brasil é marcada, principalmente, pela criação de dois núcleos oficiais de formação, em São Paulo e no Rio de Janeiro, o que amplia o alcance do ensino do método, tanto do ponto de vista geográfico, quanto em termos da quantidade de cursos oferecidos (formação, pós-formação e cursos periféricos). As equipes de ensino de ambas as cidades vêm trabalhando em colaboração, junto ao ICTGDS - Bélgica, para garantir a excelência do ensino do método GDS no país e sua equiparação aos padrões da formação européia. A realização de cursos de pós-formação, ministrados pelos professores belgas Alain d'Ursel e Bernard Valentin, consolida este processo.

Nosso principal motivo de orgulho este ano é a presença do professor Philippe Campignon (presidente da APGDS - França, diretor mundial da formação no método GDS e autor de diversos livros sobre o método), pela primeira vez no Rio de Janeiro, para participar de nossa III Jornada Científica e prestigiar o amadurecimento da mais jovem APGDS no mundo. O evento cresce a cada edição, em número de participantes, variedade de temas e qualidade das exposições.

Finalmente, é preciso sublinhar a importância do lançamento deste segundo número da revista Olhar GDS. Após a conquista de lançar o primeiro número, o desafio de qualquer publicação científica é sustentar a periodicidade. Seguindo a meta de incluir o método GDS no contexto acadêmico-científico, a APGDS assumiu o compromisso de editar este periódico, no sentido de fazer circular as idéias e as pesquisas daqueles que produzem ciência a partir de sua experiência com as cadeias musculares GDS. A APGDS promoveu, inclusive, um curso de metodologia de pesquisa, restrito aos associados, no intuito de estimular a produção de literatura e difusão do método no meio científico. Neste sentido, consideramos este segundo número uma vitória e endereçamos aos autores e revisores nosso agradecimento e nosso aplauso.

Que a leitura desta revista desperte a curiosidade de quem ainda não está familiarizado com o método GDS, e fomenta o debate, a discussão e a vontade de produzir em quem já está "engajado".

Um forte abraço,
Conselho Diretor da APGDS

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.

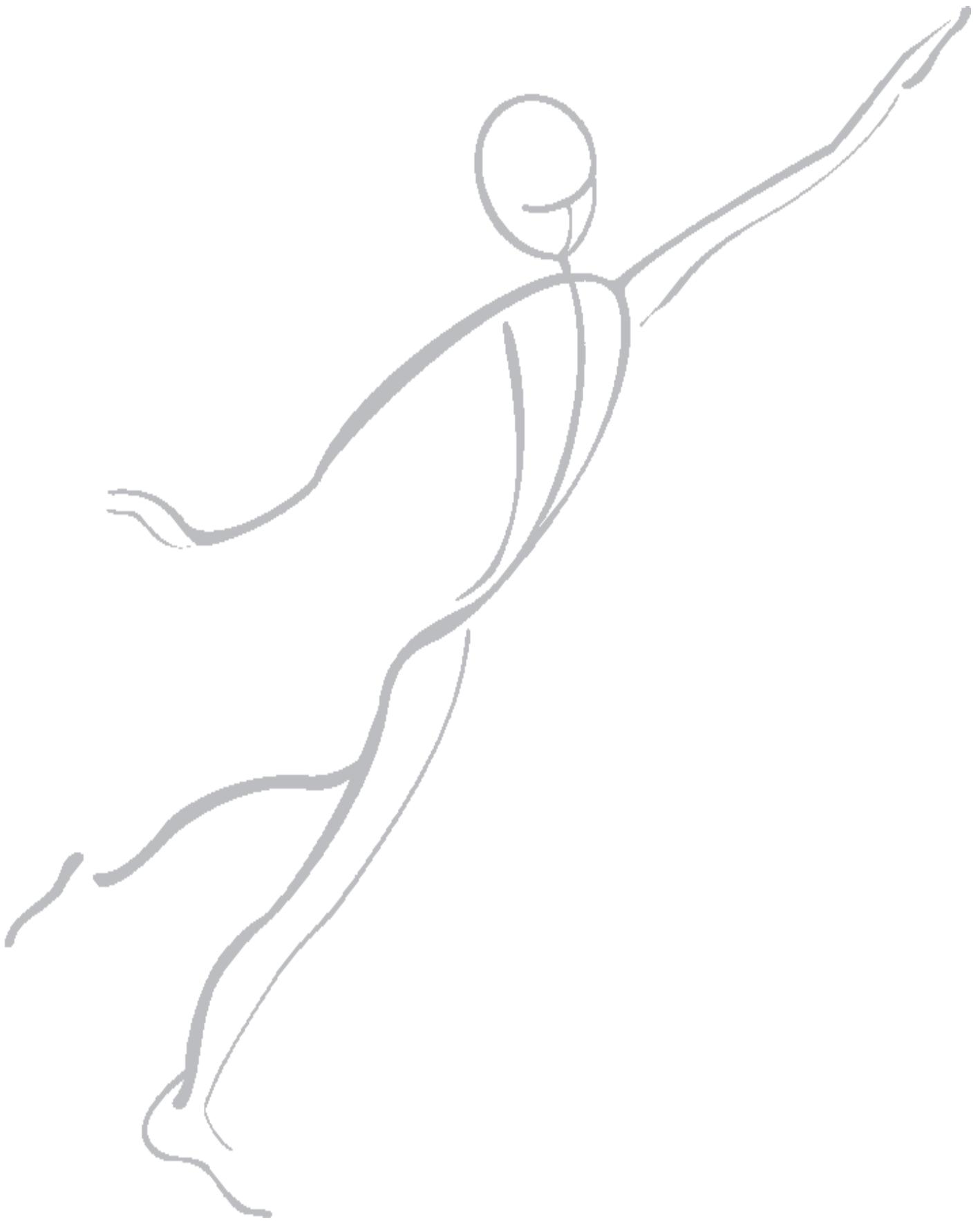
O método GDS preconiza que todas as partes do corpo são interdependentes, ligadas entre si pelos músculos e seus envelopes organizados em cadeias. Os músculos são ferramentas da expressão psico-corporal: nossos estados emocionais, nossos sentimentos e maneiras de ser se expressam através do sistema muscular, 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 encaideamentos tensioniais.

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.

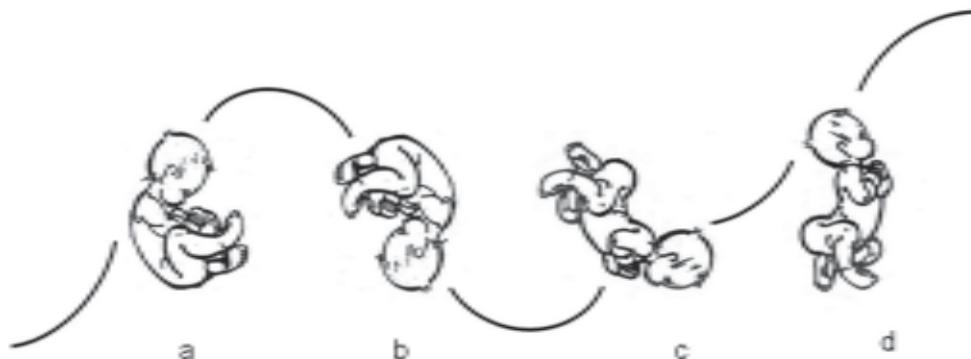
Sumário

- 5**
O movimento do nascimento
André Trindade
- 9**
GDS à brasileira: da lemniscata à capoeira
Wanja Carvalho de Bastos
- 15**
A estruturação do tornozelo e sua influência na organização do membro inferior
Sylvia Nancy Azevedo
- 20**
O método GDS no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
Márcia Dias
- 24**
Envelhecimento e pneumonia comunitária: uma proposta preventiva com base no método GDS
Alexandre de Mayor
- 32**
Formação oficial no método GDS de Cadeias Musculares no Brasil
- 33**
Agenda de cursos 2008-2009
- 34**
Aconteceu na APGDS
- 38**
Lista de Associados da APGDS
- 42**
Cartas
- 43**
Normas para publicação



A experiência do nascimento representa uma das transições mais radicais de nossa vida.

“Dar à luz” significa literalmente fazer emergir, lançar para fora, trazer para o mundo. Sair de um espaço interior, onde o corpo do bebê encontra-se enrolado sobre seu próprio centro, imerso num ambiente líquido, quente, protegido, contido pelo corpo da mãe e partir para o desconhecido.



G.D.S.

O movimento do nascimento

André Trindade

É preciso muita coragem para nascer! Tanto do ponto de vista da mãe que deve abrir mão desta presença de vida no interior de seu corpo, quanto para o bebê que vai deixar este ambiente nutritivo e enfrentar a inevitável solidão do ser.

Para tanto é preciso trabalho. É com o trabalho dos corpos da mãe e do bebê que esta ação se realiza.

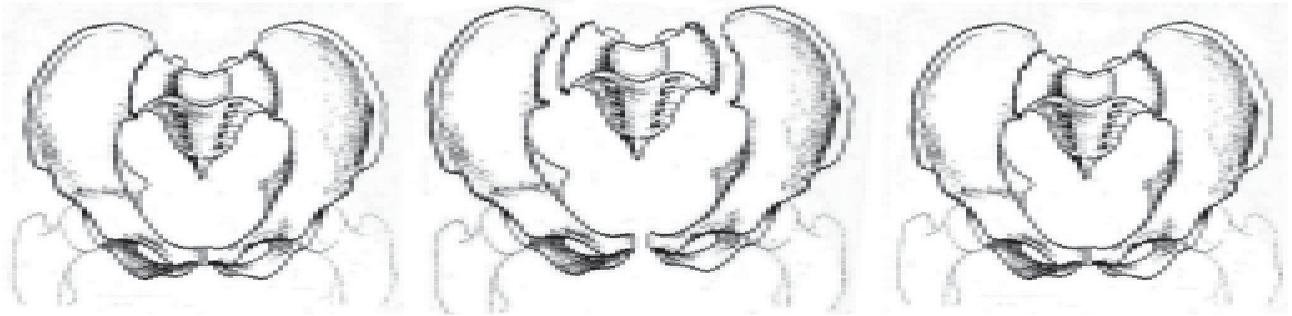
No corpo da mãe, iniciam-se as contrações uterinas, que permitem a dilatação da abertura do útero e do canal vaginal. Estas contrações podem durar algumas horas, ou vários dias; ao mesmo tempo, as articulações que ligam os três ossos da bacia flexibilizam-se para possibilitar a passagem do bebê.

É muito importante que as mulheres grávidas, no processo de preparação para “dar à luz”, possam visualizar os ossos de sua bacia e a abertura entre as articulações. Essa mentalização pode colaborar com o bom andamento do parto. Além disso, trata-se de uma oportunidade de vivenciar a estrutura da bacia de forma plena.

Em Cadeias Musculares e Articulares G.D.S. observamos o corpo e seus movimentos tanto em seus aspectos físicos, tais como a mecânica dos ossos, dos músculos e das articulações, quanto sobre os aspectos simbólicos vividos pela mãe e pelo bebê neste momento.

O terapeuta cadeista acompanha a gestante preparando-a para o parto a partir de exercícios físicos, de massagens e da conscientização e visualização do “movimento do nascimento”.

No nível simbólico, todo o empenho em acolher o feto durante os meses da gestação, deve agora ser substituído pela aceitação da separação.



Os ossos da bacia

Após o parto é interessante visualizar os ossos reunidos retomando sua unidade.

A recém mãe vai precisar reintegrar esta unidade para poder carregar seu bebê no colo nos meses que se seguem ao parto. Novamente, o terapeuta cadeista vai participar desse processo. Ele ensina a mãe que, para carregar o bebê, não devemos contar apenas com a força dos braços; será necessária uma sólida bacia capaz de transmitir o peso da parte superior do tronco para as pernas e finalmente para o chão.

Os joelhos devem estar sempre em leve flexão, para garantir a ação dos músculos quadríceps (cadeia AP), que vão ritmar a postura do adulto possibilitando a manutenção do peso do bebê no colo.

Esta organização postural permite as trocas afetivas e a retomada do vínculo após a separação do parto.

Retomando o trabalho do parto, agora do ponto de vista do bebê, podemos acompanhar seu movimento pelos desenhos da página inicial deste artigo. Partindo da figura (a), o bebê mantém a posição fetal, fletido sobre o próprio centro, e se posiciona com a cabeça voltada para a direção do canal vaginal como na figura (b).

Ao receber as fortes contrações que o expulsam do útero, o bebê inverte a posição de enrolamento anterior, e precisa abrir seu corpo, desenrolando-se completamente, passando para uma posição em extensão (c, d). Neste percurso, o corpo do bebê faz, ao mesmo tempo, um movimento em espiral, efetuando uma rotação. **“O movimento em espiral facilita a progressão nesta passagem estreita e difícil”** (GDS 2007).

Esta é uma forma esquemática de descrever a movimentação que ocorre com o corpo do bebê durante o nascimento. Trata-se de uma boa imagem a ser utilizada pela mãe na preparação para o parto: visualizar seu bebê posicionando-se com a cabeça voltada para baixo e, em seguida, imaginar seu corpinho partindo

da posição de enrolamento, abrindo-se em um movimento de extensão, indo para fora.

Após o nascimento e o grande esforço do trabalho de parto, há um estado de relaxamento para a mãe e para o bebê. O bebê retorna espontaneamente (possivelmente de forma reflexa) à posição de flexão e enrolamento. Esta postura em flexão, fruto da ação dos músculos da cadeia AM, será preferencial para os três primeiros meses de vida, se estendendo por todo o primeiro ano. A partir de suas primeiras experiências após o nascimento, outros grupos musculares virão enriquecer os gestos da criança.

Quero chamar a atenção do leitor para a alternância de posturas corporais de abertura e de recolhimento vividas pelo bebê. Estas posturas farão parte do repertório dos movimentos da criança e representarão para ela, atitudes e comportamentos: **ir para fora, conhecer**



PM: Movimento de expansão e abertura. Voltado para fora, apoiado na ação dos músculos posteriores das costas.



AM: Movimento de recolhimento. Voltado para o próprio centro, apoiado na ação dos músculos anteriores que recobrem a parte da frente do corpo.

o mundo movido pela curiosidade em relação ao desconhecido e, em seguida, poder voltar para si, para o próprio centro, recolhido no seio de sua comunidade, da família, no colo do adulto ou em seu berço, nutrin-do-se e preparando-se para novos movimentos. Ex-pansão e recolhimento se sucedem como nos movi-mentos das ondas do mar.

A partir do método GDS podemos observar a ação de dois grupos musculares e articulares distintos: AM e PM. A alternância entre estes dois grupos estará presente desde o início da vida intra-uterina com os primeiros movimentos do feto e deverá permanecer constante ao longo de toda nossa existência.

É claro que nem sempre as coisas acontecem da forma esperada, a começar pelo parto normal, que nem sempre é possível. No Brasil as estatísticas indicam um número elevado de cesarianas realizadas em hospi-tais particulares, enquanto hospitais públicos mantêm números maiores de partos naturais.

As mães que têm filhos de cesariana devem estar se perguntando o que acontece com seus bebês que não viveram esta experiência.

Nascer é um grande acontecimento e uma forte transição, tanto através do parto normal, quanto da cesariana. É um impacto de qualquer forma. O que po-de acontecer nestas situações é a perda da alternância e a fixação em uma destas posturas. O bebê que não vi-

veu o esforço para nascer, pode precisar de nossa aju-da para reintegrar-se ao movimento cíclico da onda de expansão-recolhimento.

Muitos bebês preparam-se para a posição de saí-da, estendem seus corpos, mas antes de efetivamente saírem são retirados na cesariana, seja por falta de di-latação, por falta de tempo no que se refere à oxigenação, opção, ou outras impossibilidades.

Comparo esta situação à de um atleta que prepara seu corpo durante meses para uma competição, chega à pista no dia da prova, coloca-se em posição, ouve o sinal da largada e, em vez de correr, volta para casa sem gastar a energia muscular na disputa para a qual se preparou tanto.

Difícilmente este atleta vai conseguir relaxar seu corpo da mesma forma que o faria se tivesse cumprido sua meta.

Com o bebê se passa mais ou menos a mesma coi-sa. Ele pode fixar-se na posição de expansão e extensão (PM) e ter dificuldade em reagrupar-se no enrolamento (AM), ou não.

Se isto acontecer, podemos ajudá-lo com toques e massagens sobre a pele, reagrupando seu corpo e apoi-ando levemente nossa mão no alto de sua cabeça. Não devemos pressioná-la: normalmente este leve apoio esti-mula a ação de empurrar a cabeça contra a mão (ação es-ta para a qual ele se preparou). Outra opção é manter ao



O adulto posiciona o bebê agrupado e apóia levemente sua mão sobre a cabeça e ao mesmo tempo sob seus pés e bacia. O calor das mãos e a sensação de acolhimento permitem ao bebê sentir conforto e relaxamento.

mesmo tempo um apoio sob seus pés, para que ele possa responder empurrando as pernas. É importante neste momento não deixar que o corpo dele entre em extensão.

Repetiremos esta ação enquanto o bebê responder empurrando. É importante lembrar que alguns bebês, mesmo tendo nascido de cesariana, não precisarão desse tipo de estímulo.

Em muitas culturas como na África e na Ásia, por exemplo, este conjunto de ações está programado nos costumes locais transmitidos de gerações a gerações.

São comportamentos humanos essenciais para o desenvolvimento da vida.

Em nossa cultura o nascimento tem sido cada vez mais medicalizado. As técnicas médicas garantiram, nas últimas décadas, a sobrevivência de milhões e milhões de crianças. Nós cadeistas podemos nos utilizar de nossos conhecimentos para re-humanizar estas passagens e garantir a qualidade destas experiências transformando-as em gestos carregados de significados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANZIEU, Didier. **O Eu-Pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BÈZIERS, Marie-Madeleine & HUNSINGER, Yva. **O bebê e a coordenação motora**: os gestos apropriados para lidar com a criança. 3. ed. São Paulo: Summus, 1992.

CUNHA, Iole da. "A revolução dos bebês". **Revista Psicanalítica**. Rio de Janeiro, v.II, n. 1, 2001.

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

O presente artigo tem por finalidade apresentar o resultado de um trabalho prático desenvolvido nas áreas de Educação Física e Psicomotricidade. A oficina - **GDS à brasileira: da lemniscata à capoeira**, foi oferecida na II Jornada Científica da APGDS-Rio, realizada no Rio de Janeiro, em 2007 e no I Seminário de Psicomotricidade da EEFD da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no mesmo ano.

A oficina teve como objetivo principal aplicar, na prática, exercícios do corpo em movimento norteados pelo Método GDS de Cadeia Musculares e, ao mesmo tempo, utilizar elementos da cultura brasileira, especialmente a capoeira. Para este intento, criamos um desafio: juntar duas profissionais da área de Educação Física com trajetórias distintas, uma delas, Wanja Bastos, formada no método GDS e psicomotricista, e a outra, Patrícia Oliveira (Indaê), profissional vinculada ao trabalho de relaxamento na água - Watsu e graduada nas técnicas e mandingas de capoeira.

As educadoras, diante de histórias tão diversas, optaram pelo brincar como elemento de interseção do trabalho.

Dioniso-touro é a afirmação pura e múltipla, a verdadeira afirmação, a vontade afirmativa; ele nada carrega, não se encarrega de nada, mas alivia tudo o que vive. Sabe fazer aquilo que o homem superior não sabe: rir, brincar, dançar, isto é, afirmar. (internet 3)

GDS à Brasileira: da lemniscata à capoeira

Wanja Carvalho de Bastos

Deleuze comenta o olhar de Nietzsche sobre certas entidades mitológicas, como Teseu, Ariádine e Dionísio. Nesse artigo o autor ressalta o significado atribuído ao brincar, onde este está associado à capacidade dos homens de se expressarem e ainda, à qualidade das pessoas de se empenharem na realização das suas vontades.

A elaboração das atividades propostas do brincar contou com música ao vivo, garrafas PET e tecidos coloridos para a mediação do gestual entre os integrantes das atividades. Dessa maneira, os movimentos sugeridos foram recheados de ritmicidade e cor, buscando nos alunos a alegria da ação intencional. Tudo isto, aliado ao empenho na realização dos exercícios estruturantes dos gestos, por mais que apresentassem certo grau de dificuldade. Peres, fazendo uma analogia entre o *set* terapêutico e a roda de capoeira, em sua dissertação de mestrado, "O Brincar e a Capoeira: um olhar winnicottiano" afirma que "Podemos pensar a roda de capoeira como um espaço transicional entre o real e o imaginário, a terra de ninguém, o terceiro mundo, uma zona neutra entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido" (1999, p.88).

Neste ponto, para fazermos uma introdução do Método GDS decidimos, tal como sua criadora, brincar com metáforas, imagens, símbolos para desenvolver a sua idéia central; as cadeias musculares. Essa estratégia foi adotada, principalmente, pela complexidade do assunto a ser dissertado, em poucas linhas e de maneira tão restrita.

Ainda assim, em todo conteúdo do Método GDS o simbolismo atravessa as teorias e as técnicas utilizadas na terapêutica, enriquecendo, dessa forma, as aulas ou os consultórios nas suas práticas. Em, *O Homem e seus Símbolos*, Jung define símbolo

como um termo, um nome ou mesmo uma imagem que nos pode ser familiar na vida diária, embora possua conotações especiais além do seu significado evidente e convencional (1977, p.20).

Propomos agora que se imaginem, entre outros conceitos a serem apresentados, seis conjuntos de músculos como se fossem famílias tradicionais que têm as suas histórias, valores, bens materiais, organizações, e que se relacionam entre si.

Struyf criou para os seus estudos as imagens, entre outras, dessas famílias de músculos. Portanto, após muitas observações e pesquisas em diversas áreas, ela passou a vincular, às cadeias musculares, aspectos psicocomportamentais. Logo, as **cadeias musculares do Método GDS** são o resultado da associação entre as seis tipologias psicocomportamentais (como as emoções e o intelecto) e as seis cadeias músculo-aponevróticas (o biológico). É imprescindível lembrar que apesar de estarmos lidando com dimensões distintas do ser humano, é impossível haver qualquer disjunção entre os aspectos físicos e os não físicos.

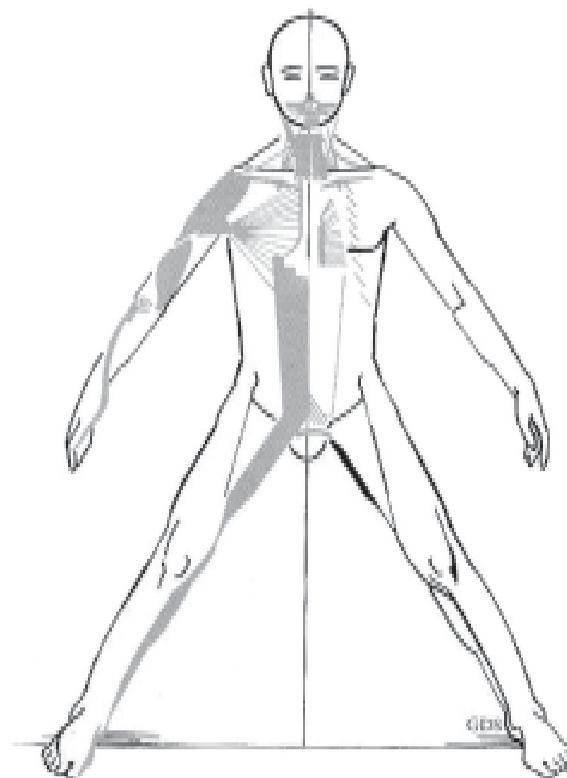
AS CADEIAS

As seis cadeias articulares e musculares do Método GDS são as seguintes:

No **eixo vertical** as três cadeias responsáveis pela estrutura da coluna são: Pósterio Medial (**PM**), Ântero Mediana (**AM**), Pósterio-Anterior (**PA**) e Antero-Posterior (**AP**), e as duas seguintes são responsáveis **pelo plano horizontal ou relacional** (membros inferiores e superiores), Pósterio Lateral (**PL**) e Ântero Lateral (**AL**).

As imagens abaixo (Fig.1) foram desenvolvidas por Struyf, que também estudou Belas Artes em Bruxelas. Ao observá-las, mais uma vez, tentem imaginar os grupos de músculos de cada cadeia em ação - primeiro uma cadeia de cada vez. A combinação entre elas, ou seja, a passagem de tensão de uma família para outra é que vai permitir a livre expressão gestual das pessoas, ou, ao contrário, quando são fixados em determinadas posturas geram uma desarmonia postural.

Figura 1: Desenhos do livro Aspectos Biomecânicos: cadeias musculares e articulares Método G.D.S.(2003), parte 2.



Cadeias ântero-medianas (AM)

Feudo: o tórax, mais marcado à direita
Residência: a bacia
Pivô primário: os joelhos

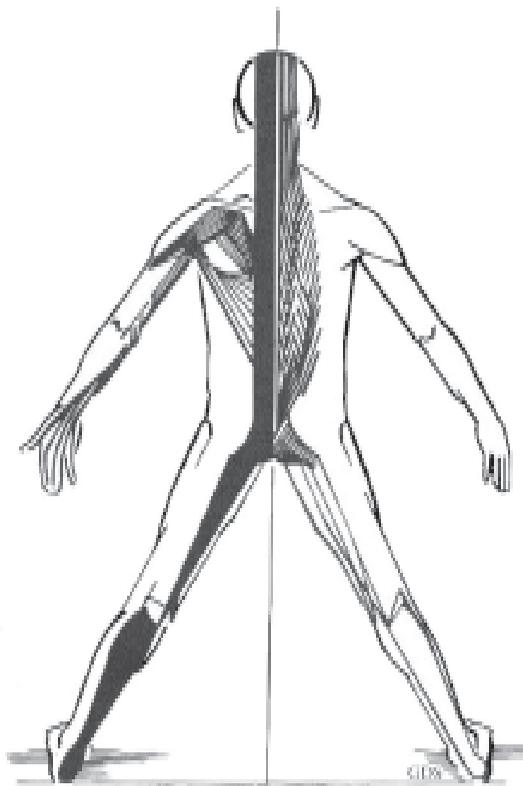
E a postura se refere à maneira do corpo se colocar no espaço. Campignon (2003) afirma que o equilíbrio psicológico e o equilíbrio neurovegetativo decorrente podem influenciar o tônus muscular (p. 137)¹.

Bertazzo (2004), trabalhando com jovens e adultos de São Paulo, constata que: “Os encurtamentos e as retrações musculares no jovem prejudicam suas sensações motoras, afastando-o do prazer e das sensações de bem estar, e dificultando o trabalho intelectual.” (pág. 38).

AS DIFERENÇAS

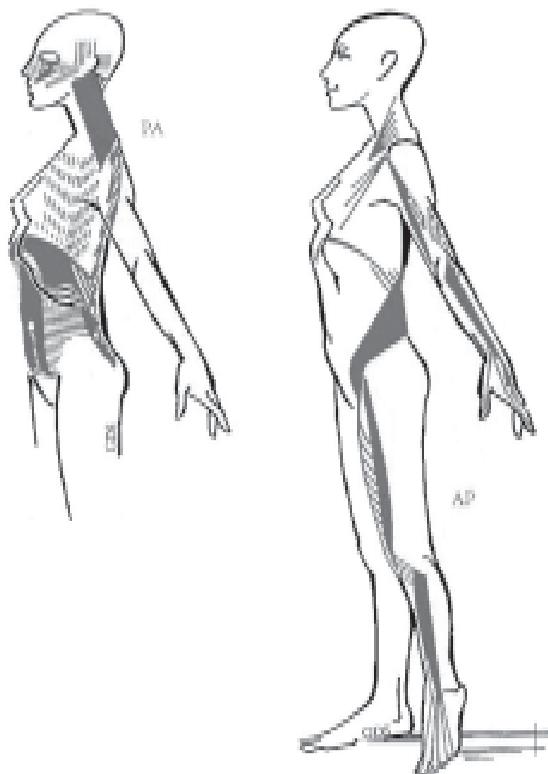
Da parceria. Pudemos experimentar as dificuldades inerentes ao trabalho em grupo, quando cada indivíduo tem que se ajustar ao tempo, ritmo e organização do parceiro. Porém, o resultado dessa integração, pioneira na capoeira como na prática de GDS, foi percebida a partir da unidade que se estabeleceu entre as atividades elaboradas pelas duas profissionais.

¹ Para melhor compreensão do método recomendamos as seguintes leituras: CAMPIGNION (2003) e STRUYF (1995)



Cadeias póstero-medianas (PM)

Feudo: o membro inferior, mais marcado à esquerda
Residência: o tórax
Pivô primário: os tornozelos



Os encadeamentos musculoponevróticos póstero-anterior e ântero-posterior

As idéias geradoras dessa oficina contaram com os pressupostos de que as atividades deviam: a) ter todas as cadeias contempladas e na ordem sugerida pela criadora do método – Godelieve Denys-Struyf (GDS) - para a realização da **lemniscata**² e da **triáde dinâmica**; b) adotar elementos da cultura nacional, como as danças, o ritmo, os cantos e os jogos. Buscamos, também, tornar manifesto nos participantes o que mundialmente nos identifica - “o dinamismo rítmico”.

Muniz Sodré (1983, p.214), quando disserta sobre a cultura da capoeira, afirma que: “O júbilo propiciado pelo corpo – ao mesmo tempo aberto e fechado, estável e instável, firme e escorregadiço, sólido e impalpável – do capoeirista é o que faz do jogo da capoeira uma extraordinária diferença cultural”. Por outro lado, senão aliada, Denys-Struyf (1995, p.77), diz que: As massas corporais (na cadeia AP), bacia, tórax e cabeça, se colocam em balanceamento,

oscilam, mexem e se equilibram mutuamente sem cessar (...) O equilíbrio é assegurado a todo instante, numa alternância e num ritmo permanente.

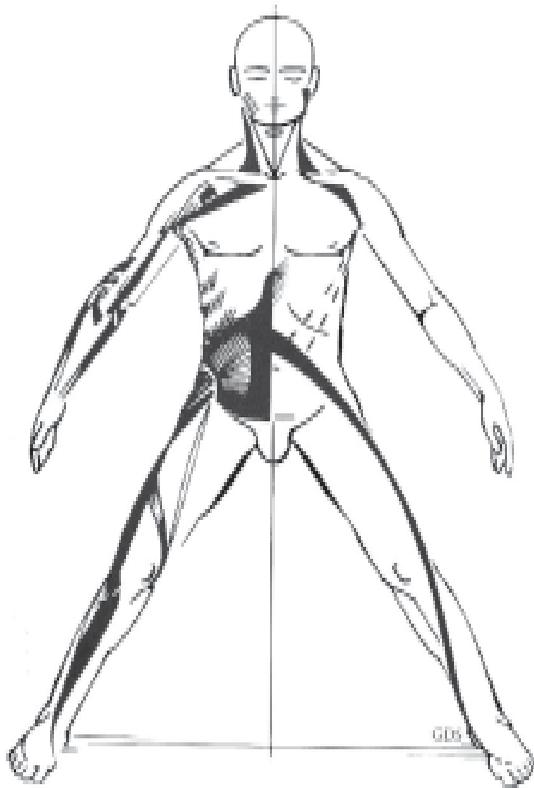
No caso da oficina - **GDS à brasileira: da lemniscata a capoeira** - buscamos a satisfação da livre expressão encontrada no dinamismo da nossa cultura ao despertar as emoções alegres³, que o cotidiano globalizado tenta minar com a sua ‘sutil’ e constante ‘criação’ de novas culturas de massa, em detrimento das tradições dos grupos (Santos, 2001).

LEMNISCATA E CAPOEIRA

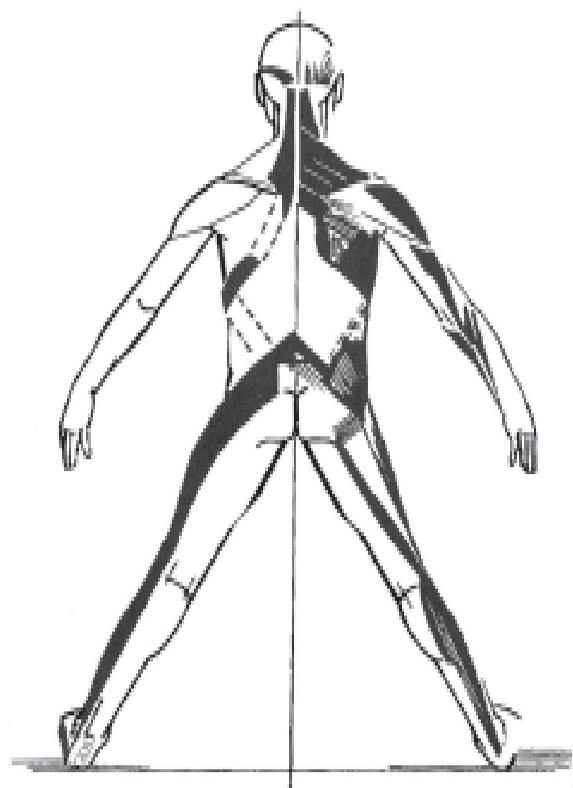
“A lemniscata é uma figura geométrica em forma de hélice que é o sinal matemático do “infinito”. Simbolicamente a lemniscata representa o equilíbrio dinâmico e rítmico entre dois pólos opostos” (internet 1).

² Símbolo geométrico que representa o infinito na matemática e em GDS indica o sentido de passagem de tensão entre as cadeias nos trabalhos com exercícios físicos.

³ Idéia originada dos estudos de Espinosa, séc. XVII, para indicar uma sensação agradável de paixão (passividade) que em sua expansão leva ao amor (dinâmico). Seu oposto é a paixão triste, que tende ao ódio.



Encadeamento musculoponevrótico ântero-lateral (AL)
 Feudo: membros superiores, mais marcado à direita
 Residência: membros inferiores
 Pivô primário: a coxofemoral



Encadeamento musculoponevrótico póstero-lateral (PL)
 Feudo: a coxofemoral, mais marcada à direita
 Residência: o membro superior
 Pivô primário: a coxofemoral

Sobre o mesmo tema, Moraes Filho, afirma que “A Lemniscata foi descrita pelo matemático suíço Jacob Bernoulli (1654-1705)” (internet 2). Devido à sua forma, Bernoulli utilizou a palavra latina, *lemniscus*, que significa fita com laço, para batizar sua descoberta, foi então que em 1694 o símbolo geométrico curvilíneo, em forma de laço, recebeu o nome de *lemniscata de Bernoulli*.

Quando adotamos, os ‘cadeístas’ do método GDS, a imagem da lemniscata, estamos imaginando uma fita com laço, o equilíbrio dinâmico, o ritmo entre dois pólos opostos, enfim, a passagem da tensão por todas as famílias de cadeias musculares, porém, na forma de ‘um oito deitado’. Ou seja, imaginamos o caminho percorrido pela tensão no corpo humano - que fica longe de ser uma linha reta.

Foi a partir dessa construção simbólica e de muitos trabalhos na área de reabilitação motora, que Denys-Struyf propôs, especificamente para o **exercício físico**, uma execução cuidadosa e que respeitasse a ordem da seqüência determinada pelo percurso de passagem de tensão entre as cadeias.

A ordem indicada pelo Método GDS, no que se refere aos exercícios, será apresentada a seguir. Antes, porém, vale ressaltar que o sentido preferencial das tensões no corpo, segundo Denys-Struyf é único e em forma de hélice. Tomemos como referência a cadeia PL. A seqüência > PL à AL à AM PA à PM à PL..., é a seqüência que representa o terreno de passagem da força geradora do movimento coordenado, no nosso corpo.

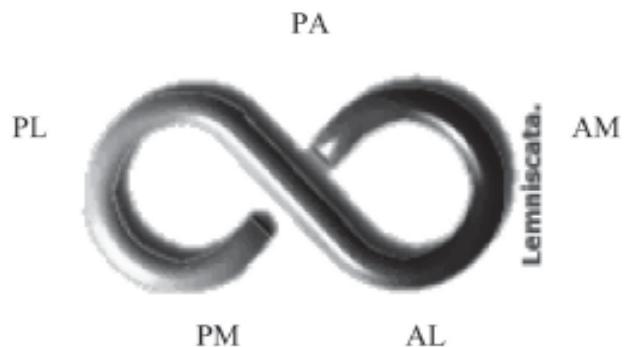


Figura 2: Figura reproduzida de um site (internet 1).

PRIMEIRA PARTE DA AULA – LEMNISCATA

Para o começo dos trabalhos com a lemniscata, foram adotados alongamentos ajustados aos golpes e também à ordem sugerida por Denys-Struyf. Como foi realizado esse processo? Propomos, primeiramente, que a ordem de passagem de tensão entre as cadeias fosse respeitada, então, com a referência dos golpes e passos específicos da capoeira, montamos exercícios que pudessem utilizar os objetos já mencionados no início desse artigo. Assim, queixadas, meia lua de frente, cadeira, cabeçada e benção, foram realizados de maneira lúdica e adaptados à imagem da lemniscata proposta pelo Método GDS.

AP – AL – PL: TRÍADE DINÂMICA

Nos movimentos atravessados pelo prazer, ludicidade e intencionalidade gestual (Coste, 1992), encontramos os elementos básicos da combinação entre as cadeias **AP**, **AL** e **PL**. A junção ordenada entre estas três cadeias é o que denominamos de **tríade dinâmica**, ou seja, **é a fonte de todos os movimentos e das relações interpessoais**. Denys-Struyf afirma que esta trinca sempre apresentará características particulares na sua aplicação, pois o objetivo do professor e o momento do grupo serão determinantes para a elaboração das dinâmicas apropriadas ao contexto. Diremos, então, que em cada etapa a tríade dinâmica terá uma “cor” (característica) de uma cadeia do eixo vertical.

SEGUNDA PARTE DA AULA – TRÍADE DINÂMICA

TRÍADE COM A COR AM

À medida que uma pessoa passa a existir no mundo, **se percebendo**, cada vez mais dona de seus movimentos, ela pode ir à busca dos seus desejos. Assim, é de vital importância que nas nossas propostas contemplem dinâmicas que incentivem a sensibilização e a percepção dos alunos. A cadeia **AM** será então a nossa porta de entrada para esse mundo sensorial.

Nesse momento, a capoeira e seus elementos podem resgatar movimentos e sensações vinculadas ao nosso passado, que talvez estejam esquecidos na memória. Esse traço da cultura, rico em heranças brasileiras, está enraizado na nossa terra e em nosso corpo. Dessa forma, iniciamos os trabalhos criando um ambiente dinâmico, no entanto, de segurança e sensibilidade para começar o nosso caminhar. Poderíamos, mes-

mo, comparar com a fase *sensório-motora* definida por Piaget na sua escala do desenvolvimento da criança.

– Atividades com os tecidos ao som, apenas do berimbau – e o grupo embalando cada componente. A finalização dessa etapa começou com a introdução dos outros instrumentos, atabaque e pandeiro, com duplas brincando livremente com os tecidos.

A TRÍADE COM A COR PA-AP

Peres comenta que: *Para Winnicott é brincando que as crianças ligam as idéias às funções corporais.* (1999, p.88)

Esse momento é um daqueles que teremos dificuldade de abordar de maneira concisa devido à complexidade do método. No momento é importante saber que a cadeia dupla **PA-AP** representa algo que pulsa, que precisa de movimento, que nos leva a imaginar, a buscar a auto-estima, a procurar o nosso eixo vertical - a simbolizar.

Dessa forma, depois de terem vivenciado o corpo, os alunos passaram a experimentar a confiança em si, a dar significado à vida e a tudo que a compõe. Como a nossa cultura poderia enriquecer essa dinâmica? Quem já participou de uma roda de capoeira e maculelê sabe, pois já cantou as ladainhas que nos encantam com estória e histórias do nosso povo. Foi assim que os participantes da oficina puderam entrar no mundo mágico de Besouro, Cobrinha, Traíra, Cordão de Ouro, Abadá e Senzala. Passando a imaginar... viver num mundo de “faz de conta”.

– Com o rufar do atabaque, os alunos foram capturados pela lenda do maculelê. Inicialmente, a estória dos guerreiros foi contada, para em seguida propormos a **representação** dos alunos. A dramatização proposta foi por meio de movimentos de luta dançados com os “bastões dos guerreiros” (garrafas PET).

A TRÍADE COM A COR PM

Agora sim, à ação, vamos jogar capoeira...

“Capoeira é coisa de se aprender cada vez um pouco, até o fim de nossos dias, é arte de bicho, de planta, de pedra, sim. Mas não aprendi nada disso com luneta, régua, mapa, não. Foi tudo no respeito, na reverência, na cadência (...).” Carvalho (2002, p.52)

É olhando, observando, controlando, se disciplinando que, entre outras exigências, podemos entrar nessa brincadeira.

É necessário um equilíbrio da cadeia **PM** para que o empenho em realizar algo possa atingir as metas anteriormente elaboradas. Como um rio que ao se deparar com as dificuldades, cria curvas e mais curvas, deixando a planície toda desenhada por linhas sinuosas, mas, contudo, sem pressa de chegar ao mar.

A capoeira é uma **constante busca** do equilíbrio entre as cadeias, tudo isso num balé de ataque e defesa com o seu oponente.

– Ainda adotando a imagem do guerreiro, iniciamos a capoeira propriamente dita, com todos os instrumentos, cânticos correspondentes e os golpes experimentados no primeiro momento da aula - lemniscata. A idéia do cuidado com o corpo, com tudo e com todos, evocada pelas professoras, pôde gerar a imagem de um adulto - guerreiro - com a autoridade para organizar e controlar os **seus**, no **seu** espaço comunitário.

Paranauê, Paranauê, Paraná...

Como diz a música, *Capoeira tem um faro*, de autor desconhecido (internet 2):

*(...) O capoeira é vidente toda vez sempre aceso,
Se quiser ele pegar, um martelo já levou.
(...) O capoeira é inteligente, astuto, malicioso.
Velocidade na mente, com jeito audacioso.*

PALAVRAS FINAIS

A receptividade do trabalho pôde ser constatada pelo interesse dos participantes em buscar informações sobre a elaboração da aula e pelo prazer manifestado durante e após a conclusão da atividade. Cabe apenas sugerir que o Método GDS possa ser difundido entre profissionais da Educação e de outras áreas afins. Acreditamos, com isso, tornar mais fácil a comunicação com um número maior de pessoas.

Como muitos conceitos são específicos do método, percebemos que, às vezes, o entendimento ficava interrompido, mas como já esperávamos por esse hiato, **as lacunas** eram compensadas pelas idéias e imagens lançadas aos alunos durante a dinâmica (para essa estratégia compensatória dos hiatos precisávamos que os alunos tivessem algumas noções básicas sobre movimento do corpo humano).

Pudemos identificar, então, um tipo de conhecimento que Ginzburg “ousa” chamar de *intuição* (2004, p.128). É uma forma de apreender a realidade sem teori-

zar *a posteriori*. Dessa maneira, à medida que os termos próprios ao método GDS eram citados, os alunos não precisavam medir, calcular ou associar a alguma teoria sistematizada pela ciência; simplesmente ocorria uma comunicação entre as professoras e os alunos. De onde vem essa intuição? A intuição mencionada por Ginzburg, origina-se nos sentidos (num gesto observado, na escuta de uma entonação de voz, no toque das professoras na correção de uma postura solicitada...), nada a ver com uma manifestação extra-sensorial.

Mas esse tema, intuição em GDS, fica como sugestão pra outras pesquisas sobre o universo do Método de Cadeias Musculares e Articulares - GDS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTAZZO, I. **Espaço e Corpo**: guia de reeducação do movimento. SP: SESC, 2004.

BÉZIERS, M.M. et PIRET, S. **A Coordenação motora**. São Paulo: Summus, 1992.

CAMPIGNION, P. **Aspectos biomecânicos**: cadeias musculares e articulares - método G.D.S.: noções básicas. São Paulo: Summus, 2003.

CARVALHO, M. **Feijoada no paraíso**: a saga de besouro, o capoeira. Rio de Janeiro, São Paulo, Editora Record, 2002.

COSTE, Jean-Claude. **A Psicomotricidade**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1992.

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

JUNG, C.G. **O homem e seus símbolos**. RJ: Editora Nova Fronteira, 1997.

GINZBURG, C. “Chaves do mistério: Morelli, Freud e Sherlock Holmes”. In: ECO, U., THOMAS A. S. **O signo de três**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

PERES, F. S. **O brincar e a capoeira**: um olhar winnicottiano. Rio de Janeiro: 1999. Dissertação de mestrado do Departamento de Psicologia, PUC-Rio.

SANTOS, M. **Por uma Outra Globalização do Pensamento Único à Consciência Universal**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

SODRÉ, M. **A Verdade Seduzida**: por um conceito de cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Codecri, 1983.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editorial LTDA, 1975.

Internet

- (1) www.beautyonline.com.br/bernardodegregorio/antroposofia.htm
- (2) www.dme.ufcg.edu.br/sites_pessoais/professores/Daniel/A_bela_Lemniscata.pdf
- (3) br.capoeirista.com/music_songs.html
- (4) www.fe.unicamp.br/dis/transversal/rizomas/MISTERIO_DE_ARIADNE_SEGUNDO_NIETZSCHE

INTRODUÇÃO

Esse artigo refere-se ao trabalho vivencial ministrado na II Jornada Científica da APGDS.

Dentro dos princípios do método G.D.S., nosso corpo é uma estrutura dinâmica, e esse bom dinamismo acontece a partir de um equilíbrio que passa por uma adaptação perpétua e recíproca de tensão ósteo-muscular. O osso vai adaptar sua estrutura à pressão que ele sofre do músculo, pois a tensão muscular estimula o crescimento ósseo, e o músculo adapta sua tensão ao comprimento do osso. É o osso que, por sua forma e tamanho, dá comprimento aos músculos (Valentin, 2007).

Essa equilibrção é orquestrada pelos músculos, que se organizam em cadeias. Cada uma dessas cadeias ocupa um território preciso e seu nome é abreviado em uma sigla. A partir de onde se situa, cada cadeia é capaz de frear um desequilíbrio do corpo em uma dada direção. (Valentin, 2007). As cadeias musculares se relacionam numa dinâmica de controle – complementaridade, da qual deriva a chamada estratégia de tratamento da estrela. A partir de cada vértice da estrela, que corresponde a cadeia causal em um determinado distúrbio, pode-se trabalhá-la em um trio (estratégia dos triângulos). Isto significa respeitar sua relação com a cadeia que a controla e com a cadeia que é por ela controlada (Campignon, 2001).

A estruturação do tornozelo e sua influência na organização do membro inferior

Sylvia Nancy Azevedo

O tornozelo é considerado o pivô de ação da alavanca dos membros inferiores (Campignon, 2001), respondendo pela equilibrção e deslocamento da massa pélvica.

Temos ainda o tornozelo como pivô primário da cadeia PM, que tem seu feudo no membro inferior. No método GDS, o feudo é o local preciso do corpo em que cada cadeia muscular desempenha sua função útil, indispensável para a manutenção da boa fisiologia biomecânica. No caso da cadeia PM, sua ação no membro inferior favorece a verticalidade do corpo, impedindo-o de cair para frente. Para o bom funcionamento, é necessário que essa articulação trabalhe com ajustamento articular e muscular adequados. Para Sohier (1998), a normalidade biomecânica da interlinha articular promove a qualidade da artroceptividade, das programações motoras automáticas e das respostas fisiológicas do músculo.

É importante lembrar que, no tornozelo é a articulação túbio-társica que responde pelo deslocamento do membro inferior no plano sagital e intermedia a repartição do peso transmitindo para frente e para trás do pé, sendo a concentricidade articular e a propriocepção desta região, as funções que nos nortearam na elaboração desse trabalho, que priorizou a construção e as formas dos elementos ósseos dessa região, objetivando a refuncionalização e a reprogramação motora dos músculos da cadeia PM na região supracitada.

Do ponto de vista comportamental, a cadeia PM impulsiona o homem à ação, ao trabalho e a essa motivação, dá-se o nome de pulsão comportamental. Dentro do conceito do método G.D.S., tal pulsão acionará um conjunto de músculos, que agirão

sobre o pivô primário. Essa ação, por sua vez, criará um desequilíbrio em uma determinada direção e uma reação a esse desequilíbrio. (Campignon, 2001).

A reação desses músculos deveria bastar para restabelecer o equilíbrio. Na prática, uma pulsão se instala e mantém um desequilíbrio específico, que leva o corpo a recrutar um número cada vez maior de músculos e, sobretudo, a fazê-lo de maneira permanente, elevando seu tônus e aprisionando-o em uma tipologia (forma). É importante ressaltar que nem sempre essa pulsão parte de uma motivação, podendo ser imposta, advindo de diversas causas que não estejam de acordo com as escolhas pessoais (Denys-Struyf; 1995).

A cadeia PM, dentro da dinâmica dos triângulos, relaciona-se com as cadeias AM e PA. Sendo assim, esse trabalho passará pela conscientização e sensações das articulações e artroceptividade.

Neste contexto, o atelier realizado teve como objetivos:

- para o público que ainda não utiliza o método GDS, apresentar uma prática onde ossos, articulações, formas e biomecânica interagem, tendo importância fundamental na estruturação e organização do tornozelo;
- para os cadeístas, realizar uma vivência onde trabalhamos o triângulo AM - PM - PA, fornecendo-lhes mais um instrumento de trabalho, frente aos distúrbios relacionados à mecânica do membro inferior.

Passaremos agora à descrição e à reflexão sobre o trabalho prático realizado.

O agir no PM.

A prontidão para...

Rigidez para, freia.

O saber e o saber fazer são as palavras chaves da função PM.

Como trabalhar diante de um aprisionamento PM? Frequentemente pensamos em alongá-lo.

Já que estamos muitas vezes diante de uma motivação comportamental, motivação que muitas vezes não é desejada, mais necessitada naquele momento, é preciso perguntar: Podemos estirar essa cadeia PM, estando ela em defesa?

Podemos intervir com exercícios de tonificação, juntar mais tensão a tensão?

Como refuncionalizar uma marcha que teima em acontecer com hiper-extensão do joelho?

O bom equilíbrio passa por uma adaptação perpétua e recíproca da tensão osteo-muscular. O osso vai adaptar a 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 (Valentin, 2007).

O osso é tecido vivo e sofre mudanças continuamente (Campignon, 2001).

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

A conscientização e a visualização em nós mesmos de uma arquitetura óssea, inteligente e harmoniosa nos trará um bom suporte de nossa utilização corporal. “Viver em nós essa construção óssea é como dar autorização ao músculo para relaxar” (Denys-Struyf, 1995).

O que importa é associar técnicas que permitam regularizar, fazendo isso pela modelagem.

Essa vivência aconteceu a partir de um trabalho de modelagem estruturante na região do tornozelo, construindo principalmente a estrutura óssea dentro de uma eficácia biomecânica.

“Pensarmos na estrutura, no saber e o saber fazer”.

INÍCIO DA MODELAGEM ESTRUTURANTE

1- Caminhar, sentir a participação do tornozelo na marcha, agachar, perceber a mobilidade dessa região.

2- Posicionamento:

- Iniciar modelagem na posição sentada, no chão, frente ao paciente.
- Avaliar o grau de movimentação dessa articulação. Colocar-se mais próximo do campo sensorio, da observação e da escuta articular. Observar se há movimento, e qual a qualidade desse movimento? Como acontece esse movimento? Há dor na movimentação?

3- Manobras serão feitas a partir da identificação, localização e construção das estruturas ósseas e articulares. Será necessária a participação e contribuição do paciente, nessa estruturação do tornozelo. É importante a relação das formas/funções ósseas e articulares.

O tornozelo faz funcionalmente parte do “cardan”¹ do retro pé, totalizando os três graus de liberdade do espaço (Leardini, 2001, apud Dufour M., Pillu M.;

¹ Dispositivo contendo dois eixos de rotação ortogonais e constituindo uma ligação mecânica com dois graus de liberdade (Dictionnaire Hachette, 2005).

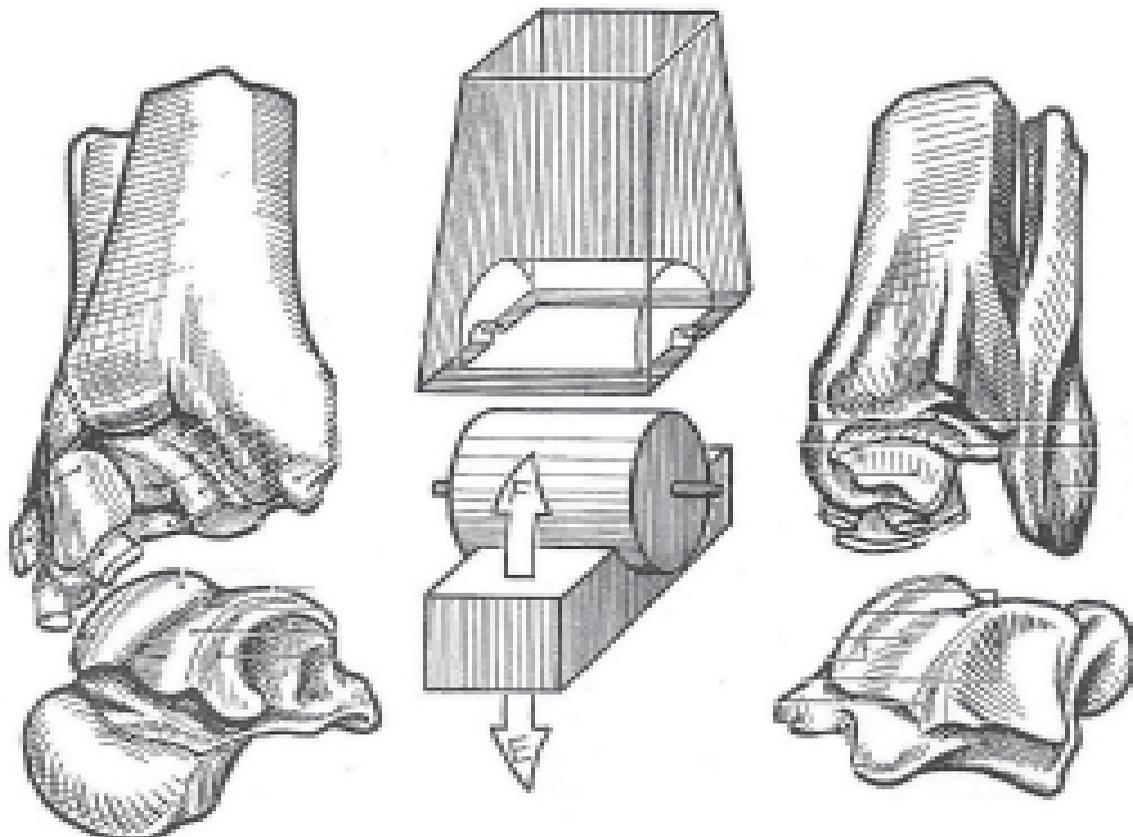


Figura 1: Visualização do eixo transversal e das duas faces laterais da polia do astrágalo. Extraída do livro Kapandji, A. I. Fisiologia Articular, vol. 2; 2000, pág. 165.

Kapandji. A. I). Possui um papel de transição entre o pé e a perna e de repartição dos esforços transmitidos para frente e para o retro-pé.

Visualizar o eixo transversal que passa pelos dois maléolos.

A mobilidade da articulação tíbio-fibular inferior é uma mobilidade conjunta à flexão dorsal da articulação tíbio-társica. (Figura 1)

Dar função ao côncavo e convexo existente nessa articulação tíbio-tarsiana, que é composta por uma peça inferior, astrágalo que suporta uma superfície cilíndrica e uma peça superior, a porção inferior da tibia e a fíbula que formam um bloco, cuja superfície inferior apresenta um orifício em forma do segmento cilíndrico astragaliano.

É importante salientar que a superfície troclear astragaliana corresponde a uma superfície inversamente conformada, situada na superfície inferior do pilão tibial.

As duas faces laterais da polia do astrágalo são mantidas pelos maléolos; que tem diferenças: o externo

é mais volumoso do que o interno, está localizado mais inferior e posterior em relação ao maléolo interno.

Observar que ele funciona como uma pinça (separação-aproximação dos maléolos). Essa separação é uma “respiração”, permitindo ao tornozelo de ganhar amplitude entre duas situações de carga.

Refazer a ação combinada dos movimentos dos maléolos (separação maleolar) associados à rotação axial do maléolo externo e movimentos verticais da fíbula. Na flexão, maléolo externo se afasta, sobe ligeiramente e gira sobre si mesma no sentido da rotação interna; na extensão, ele se aproxima, desce e faz ligeira rotação externa. (Figura 2)

A amplitude dos movimentos de flexão-extensão está principalmente determinada pelo desenvolvimento das superfícies articulares com uma amplitude global de 70° a 80° (Kapandji, 2000; Dufour et Pillu, 2006). É sabido também que o desenvolvimento da polia astragaliana é maior para trás que para diante, levando a um predomínio da extensão sobre a flexão;

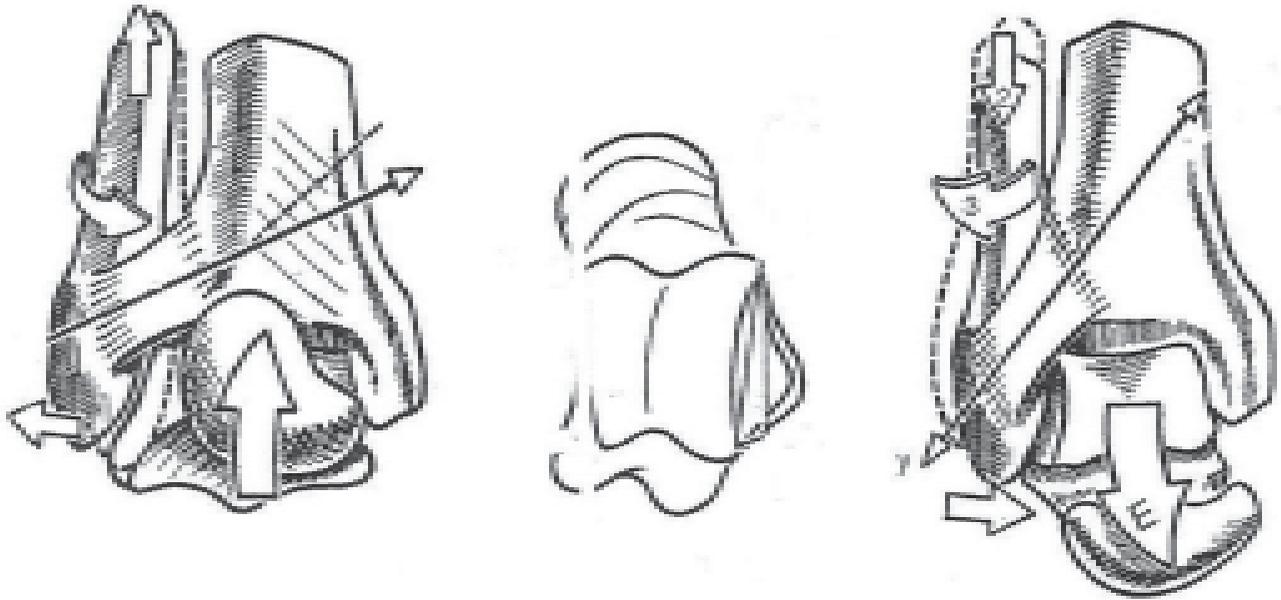


Figura 2: Ação combinada da separação maleolar associada à rotação axial do maléolo externo e movimento vertical da fíbula. Extraída do livro Kapandji, A. I. Fisiologia Articular, vol. 2; 2000, pág. 175

Construir a presença do astrágalo, osso singular localizado no ponto mais proeminente da parte posterior do tarso, com função de distribuir o peso do corpo nas três direções (para trás, para diante e para dentro, e para diante e para fora) ressaltando que as forças exercidas sobre o conjunto do pé trabalham em compressão, não tendo nenhuma inserção muscular sendo coberto por superfícies articulares e inserções ligamentares. Todos os tendões musculares formam um “sistema marionetes”, periarticular, muito adaptado à gestão espacial do retro-pé.

Lembrar que se trata de uma face inferior convexa móvel sob uma face côncava fixa.

Construir a forma da articulação sub astragaliana e sua relação com calcâneo, assinalando a presença dos potentes ligamentos curtos que devem suportar forças durante a marcha (Figura 3).

Realizar movimentos espiróides, movimentos de torção e circundação na região do tornozelo, sinalizando a função dos mesmos como equalizadores da tensão muscular (Denys-Struyf, 1995).

Terminar caminhando pela sala, sentindo a construção óssea e a reorganização muscular ocorrida, comparando-as às sensações referidas no início do trabalho.

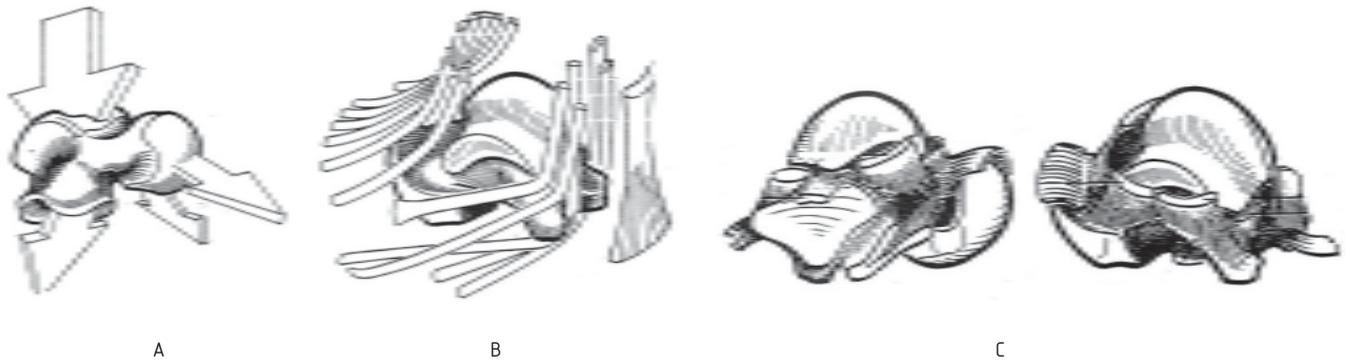


Figura 3: (A) A forma do astrálgalo; (B e C) o astrálgalo não possui nenhuma inserção muscular, sendo coberto por superfícies articulares e inserções ligamentares. Extraída do livro Kapandji, A. I. *Fisiologia Articular*, vol. 2; 2000, pág. 185.

CONCLUSÃO

Ao término dessa vivência foi relatado pelos participantes um ganho significativo referente à amplitude articular do tornozelo e principalmente à sensação de presença e centramento articular, não experimentado antes desse trabalho, o que facilitou muito a realização dos movimentos de agachamento, como também propulsão e deslocamento dos membros inferiores na marcha, nos permitindo fazer um paralelo com um dos objetivos do método G.D.S.: a busca do **gesto-fonte**. Esta fonte nos revela aquilo que nossos ossos e nossas articulações estão programados para realizar, a partir de gestos que lubrificam, vitalizam nossas articulações, permitindo a boa fisiologia muscular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPIGNION, P. **Les chaînes musculaires et articulaires** - Concept G.D.S. - Aspects biomécaniques - Notions de base. Bruxelas: ICTGDS; 2001.
- DENYS-STRUYF, G. **Cadeias Musculares e Articulares - O Método G.D.S.** São Paulo: Summus; 1995.
- DUFOUR, M & PILLU, M. **Biomécanique Fonctionnelle.** Elsevier Masson SAS; 2006.
- KAPANDJI, A I. **Fisiologia Articular.** Volume 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- SOHIER, R. **Biologie Mecanogene.** Bruxelas: Editions Kiné-Sciences; 1998.
- VALENTIN, B. **Autobiographie d'un bipède.** Belgique; 2007.

INTRODUÇÃO

Este trabalho propõe a inclusão da terapia corporal baseada no método G.D.S. como tratamento multidisciplinar da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM).

A HAS está relacionada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e a 60% dos casos de doenças cardíacas isquêmicas. Entre as complicações mais frequentes decorrentes do DM, encontram-se: o infarto agudo do miocárdio (IAM), o AVE, a insuficiência renal crônica, as amputações de MMII, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes prematuras (Ministério da Saúde, 2006).

A etiologia dessas doenças é multifatorial, com componentes biopsicossociais, e a abordagem terapêutica exige uma equipe multiprofissional.

Estímulos estressantes podem desencadear uma resposta do organismo, com alterações no sistema nervoso central (SNC), sistema endócrino e no sistema imunológico. Estudos com pacientes hipertensos, mostram que 80% associaram a crise hipertensiva a um desgaste emocional. O que pode também, deflagrar uma resposta autoimune à glândula tireóide e ao pâncreas (Ministério da Saúde, 2006).

A inclusão do método G.D.S. como ferramenta de tratamento é interessante pois abrange a unidade da estrutura humana num conjunto psiconeuromuscular. É um

O método GDS no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Márcia Dias

procedimento preventivo e terapêutico dirigido a processos psicofísicos que encadeiam e aprisionam (Fig.01). Os desvios e deformações em cadeia, indicam expressões corporais que se fixam, decorrentes de nossas escolhas. Revelam assim, nossos traumatismos, excessos, disfunções e desconfortos (Denys-Struyf, 1997).

As noções de alternância e complementariedade entre as cadeias musculares são necessárias para preservar a unidade do indivíduo. O equilíbrio neurovegetativo entre simpático e parassimpático se baseia, por exemplo, na necessidade de alternância entre as cadeias PL e AL.

O sistema simpático, que tem como mediador químico principal a noradrenalina, é solicitado com estímulos externos e prepara o corpo para uma ação. Esta substância aumenta a frequência cardíaca e a vasoconstrição periférica, o que resulta em aumento da pressão arterial ($\text{Pressão arterial} = \text{débito cardíaco} \times \text{resistência vascular periférica}$). Indivíduos que funcionam de um modo relacional AL, reforçam a vasoconstrição periférica.

O sistema parassimpático, cujo mediador principal é a acetilcolina, tem ação vagal sobre o coração e acarreta vasodilatação da parede de alguns vasos periféricos; Esta substância diminui a frequência cardíaca e a vasoconstrição periférica, o que resulta em diminuição da pressão arterial. Indivíduos que funcionam



Figura 1 - ICTGDS 1997

de um modo relacional PL, reforçam a vasodilatação periférica (Campignon, 2004).

A proposta é regularizar o tônus muscular, através de um reequilíbrio de tensão entre as cadeias musculares, com o objetivo de alcançar o equilíbrio neurovegetativo e psicocorporal.

TERAPÊUTICA

O ciclo KO (Fig. 02) presente na medicina chinesa coincide com o ciclo de controle das tensões musculares entre as diferentes cadeias. A medicina chinesa atribui grande importância aos problemas energéticos que são a origem de muito de nossos males. A energia deve circular e a tensão muscular deve passar de cadeia em cadeia, para bom funcionamento de órgãos e sistemas (Denys-Struyf, 1997).



Figura 2 - Fonte: CAMPIGNION, 2003. p. 69.

O método G.D.S. utiliza vários recursos terapêuticos:

- Massagens e “técnicas da pele”
- Técnicas reflexas:
 - Pontos de inibição
 - Traços profundos
 - Traços cortantes
- Ativações:
 - Contrações isométricas
 - Arranhões sobre a pele

- Conscientização do esqueleto:
 - Desenhos
 - Modelagens
- Técnicas Corporais
 - Alongamentos Globais
 - Conscientização Corporal
 - Gesto correto

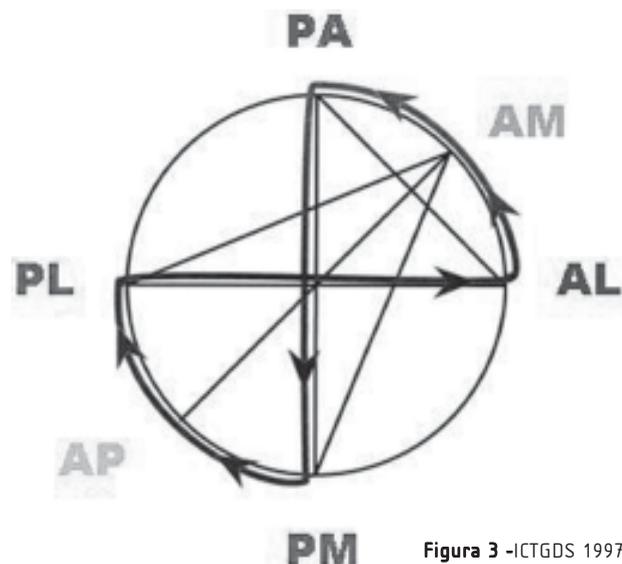


A liberação muscular foi precedida de conscientização da arquitetura óssea, indispensável à “acordagem” do tônus muscular. A pele e o SNC têm a mesma origem embrionária. Intervenções na pele e no tecido conjuntivo atuam no SNC. Os problemas osteo-articulares têm ligação com a fragilidade do terreno, presente na constituição morfológica e psicocomportamental.

No trabalho prático, os recursos terapêuticos foram associados à estratégia da LEMNISCATA (Fig. 03), que determina o caminho da tensão de uma cadeia à outra. A lemniscata é uma figura em hélice que representa o símbolo matemático do infinito. Simbolicamente é o equilíbrio dinâmico e rítmico entre pólos opostos. Godelieve Denys-Struyf utilizou a lemniscata como estratégia de tratamento ao pesquisar os resultados dos alongamentos musculares das diferentes cadeias. Observou que ao alongar determinada cadeia, a tensão passava para outra cadeia. Concluiu que era sempre pelo mesmo caminho que a tensão circulava, até chegar na forma da lemniscata, que segue sempre a mesma ordem; PL-AL-AM-PA-PM-AP-PL.

Iniciou-se o circuito da lemniscata, com recursos terapêuticos específicos para liberação da cadeia PL; alongamentos globais, contrações isométricas e arranhões sobre a pele. Conscientização corporal e gesto correto também foram utilizados na harmonização das

outras cadeias, em especial nas cadeias PM e AM, que são terrenos predispostos a desenvolver a HAS e o DM, respectivamente.



RESULTADO

Os gráficos 1 e 2 se referem a amostra de 10 indivíduos. Mediu-se a PAD1 e a PAS1 no início do trabalho. A PAD2 e PAS2 após 12 meses e a PAD3 e PAS3 depois de 24 meses.

Ocorreu decréscimo da pressão arterial sistólica e diastólica para valores normais, em pacientes com hipertensão grave e moderada. Por outro lado, a glicemia tendeu para valores próximos à normalidade.

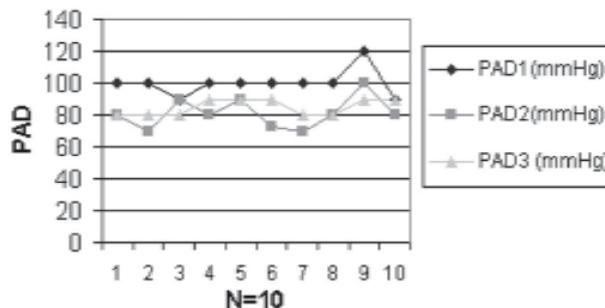


Gráfico 1 - Relação PAD1, PAD2 e PAD3

METAS

Parâmetros segundo o Ministério da Saúde (2006).

- Pressão Arterial = 130x80 mmHg.
- Glicemia de jejum <110 mg/dl.
- Glicemia pós-prandial, duas horas após refeição <140 mg/dl.

METODOLOGIA

Como indicadores de base para avaliar as condições iniciais dos indivíduos, foram feitas as seguintes medidas:

- PA1: determinação da pressão arterial inicial.
- G1: determinação da glicemia inicial, duas horas após refeição.

Os grupos eram constituídos por indivíduos de ambos os sexos, que participaram de duas sessões de terapia semanais, com duração de uma hora. A cada sessão, mediu-se a pressão arterial sistólica (PAS), a pressão arterial diastólica (PAD) e a glicemia (G) no início e no final da atividade. O grupo de controle participou das mesmas medidas que o grupo de trabalho, que teve um total de 100 participantes e duração de 24 meses.

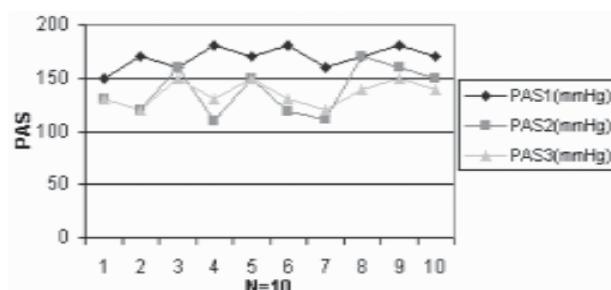


Gráfico 2 - Relação PAS1, PAS2 e PAS3

CONCLUSÃO

O Sistema Nervoso Autônomo (SNA) realiza as funções involuntárias do organismo, regulando as necessidades orgânicas de cada indivíduo. Dessa forma, em pacientes com HAS idiopática, essas funções são desreguladas gerando uma resposta adrenérgica central e periférica, através da liberação do neurotransmissor noradrenalina e da adrenalina plasmática pela glândula supra-renal, estimulando os receptores alfa e beta adrenérgicos. Essa super estimulação simpática crônica gera uma vasoconstrição sistêmica, causando um aumento da resistência vascular periférica (RVP) e no quadro de HAS.

Nesse contexto, a regularização do tônus muscular esquelético pode influenciar na regularização da pressão arterial, pois as vias eferentes e aferentes que agem sobre a musculatura lisa arterial e a musculatura esquelética se inter-relacionam e, portanto, podem reequilibrar os mecanismos que controlam a pressão arterial, favorecendo uma vasodilatação sistêmica. Durante a ação sobre o tônus da musculatura esquelética, os centros motores cerebrais recebem informações através das vias aferentes, que também, originadas da musculatura lisa, informam sobre o estado do tônus vaso motor. A integração das vias produz um estímulo central que modula o tônus vascular originando uma diminuição do estímulo adrenérgico e da RVP.

A regularização do tônus muscular diminui a resistência periférica à ação da insulina, auxilia o declínio do nível de açúcar no sangue, diminui a depressão, ansiedade e estresse, afetando de forma positiva a qualidade de vida e a recuperação física dos diabéticos.

Os problemas psicológicos e as dificuldades de adaptação às situações difíceis, originam uma série de patologias, entre elas a HAS e DM. A utilização corporal através da lemniscata possibilita a circulação da energia estagnada, a liberação das tensões e como consequência, melhor controle metabólico.

Verificou-se uma melhora nos grupos, não só no que concerne ao controle da HAS e DM, mas também na solução de problemas, tais como: dores osteo-articulares, dores de cabeça, cansaços, insônias, ansiedades, nervosismo, depressões e obesidade. O sucesso do programa está, sem dúvida, no enfoque lúdico de todas as atividades propostas, sendo o corpo reestruturado de forma lenta e precisa, num contexto global do indivíduo.

Conclui-se que o método de cadeias musculares e articulares G.D.S., é uma ferramenta útil no tratamento da HAS e DM para diminuição dos fatores de risco associados a essas patologias. Além da reabilitação física, ocorreu a psicológica e a social, com mudanças permanentes nos hábitos de vida e na inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DENYS-STRUYF, Godelive. **Les chaînes musculaires et articulaires**. Bruxelas: ICTGDS; 1997.

CAMPIGNION, Philippe. **Les chaînes musculaires et articulaires**. Méthode GDS - La chaîne antéro-latérale. Bruxelas: ICTGDS; 2004.

_____. **Cadeias musculares e articulares-Método G.D.S.- Aspectos biomecânicos-Noções básicas**. São Paulo, Summus, 2003.

GUYTON. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro, Interamericana, sexta edição, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Plano de reorganização da atenção à HAS e ao DM**, 2006.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a crescente incidência de doenças crônicas na camada da população de maior idade, têm ampliado o estudo das repercussões do envelhecimento nos diversos sistemas orgânicos. O envelhecimento determina modificações biomecânicas e psíquicas que, por sua vez, favorecem a inatividade do idoso e despertam o aparecimento de diversas patologias, entre elas, a pneumonia (Bartlett et al., 1998; Ruiz et al., 1999; Clemente et al., 2002). Rosa et al. (2003) assinalam que o principal problema que pode afetar o idoso, em decorrência do agravamento de suas enfermidades e modificação do estilo de vida, é a perda da capacidade funcional. Este quadro mostra que a atenção à saúde do idoso tem por obrigação a prevenção, uma vez que a intervenção sobre os distúrbios adquiridos é comprovadamente menos eficaz. A partir desta constatação, profissionais da área da saúde têm promovido estratégias terapêuticas que visam proporcionar independência, autonomia e, principalmente, qualidade de vida aos idosos.

Este trabalho aborda a clínica da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), o processo de envelhecimento e a terapêutica a partir do “olhar” pelo Método GDS de Cadeias Musculares e Articulares. Embora este método concentre sua intervenção na biomecânica, possibilita relacionar as questões corporais a outros aspectos que

Envelhecimento e pneumonia comunitária: uma proposta preventiva com base no método GDS

Alexandre de Mayor

compõem a globalidade dos indivíduos. Desta forma, podemos direcionar a terapêutica para o indivíduo e não somente para a doença, o que vem a ampliar as possibilidades de atendimento, de modo a contemplar a saúde integral do idoso.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

A pneumonia caracteriza-se por ser uma condição inflamatória no pulmão, em que alvéolos, algumas vezes lobos e até mesmo um pulmão inteiro está preenchido por fluidos ou resíduos celulares, decorrentes do processo de defesa e da própria condição infamatória (Guyton, 1996; West, 1996).

Classifica-se a pneumonia a partir de três aspectos:

- Conforme a situação do indivíduo (imuno-suprimido e imuno-dependente);
- Conforme a presença de co-morbidades (AVC, DPOC, alteração da marcha...);
- Conforme o local de aquisição (hospital, asilo e comunidade).

Este trabalho se concentrará no estudo da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), que é aquela que acomete os indivíduos fora do ambiente institucional (asilos e hospitais) ou nas primeiras 48 horas de internação (SBPT, 2001).

A pneumonia não é uma doença de notificação obrigatória, por isso, existem poucos dados de sua incidência em indivíduos adultos e idosos. No Brasil, as informações obtidas referem-se às internações no Sistema Único de Saúde (SUS), fornecidas pelo Ministério da Saúde. O gráfico 1 mostra o número de indivíduos internados, independente da idade e sexo, por problemas respiratórios. Como pode ser observa-

da, a incidência da pneumonia é bastante superior às demais e, possivelmente, maior que todas estas reunidas. Além disso, a pneumonia é a segunda maior causa de óbito entre as doenças respiratórias e a oitava entre as doenças em geral (SBPT, 2001). Estes dados demonstram a necessidade da prevenção da pneumonia, principalmente entre os idosos, uma vez que estes são indivíduos mais vulneráveis.

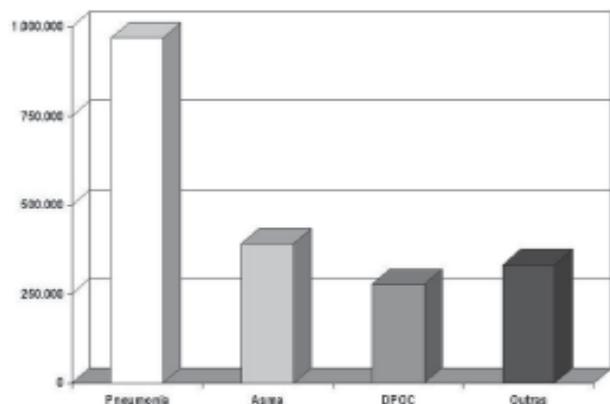


Gráfico 1: Internações por doenças respiratórias no ano de 1999 (DATASUS). Fonte: SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) - Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. *Jornal de Pneumologia* 2001; 27 (supl 1).

O diagnóstico clínico da PAC baseia-se na anamnese e no exame físico, sendo imprescindível a solicitação de radiografia de tórax em incidência pósterio-anterior e perfil, para avaliar o padrão radiológico, a extensão do comprometimento pulmonar, permitir a monitorização do quadro evolutivo, avaliar complicações e verificação da resposta à terapêutica utilizada (Bartlett et al., 1998). Entre os sinais clínicos que aumentam a probabilidade diagnóstica de infecção respiratória, destacam-se:

- Temperatura corpórea $< 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 40^{\circ}\text{C}$
- Frequência cardíaca > 125 bpm
- Frequência respiratória > 30 irm
- Expectoração
- Estertores
- Diminuição dos sons respiratórios
- Mialgia
- Sudorese noturna

Nos idosos, a PAC tem uma apresentação clínica diferente de outros grupos etários, sendo por esta razão, mais grave. Sintomas clínicos como febre, dor torácica, dispnéia e tosse produtiva são menos expressivos, tornando sua identificação difícil, o que pode resultar em

inúmeras outras possibilidades diagnósticas (Ruiz et al., 1999). Estudos em idosos mostram que a combinação de dispnéia, febre e tosse, estavam ausentes em 69% e que sinais clínicos característicos não foram encontrados em 7% dos indivíduos (Riquelme et al., 1997). Costuma-se associar a este quadro alteração da capacidade física funcional, desorientação, confusão, desnutrição e descompensação de uma condição orgânica pré-existente (Clemente et al., 2002). Estas informações são importantes para o início do tratamento, uma vez que a avaliação clínica associada ao padrão radiológico permite fechar um diagnóstico sem que seja necessária a avaliação do agente etiológico. Assim, pode-se atuar de maneira precoce evitando a evolução do quadro.

TERAPÊUTICA

Botomé e Rosenberg (1981) assinalam que saúde deveria ser um estado constante e a doença é apenas um grau das muitas “condições de saúde” de um organismo. Todos os indivíduos têm a capacidade de se adaptar as sucessivas modificações das normas fisiológicas vigentes. O epistemólogo francês George Canguilhem (2000), já no início do século passado (1904), ressaltava que a doença poderia ser entendida como o resultado de uma perda temporária deste processo de adaptação. Sendo este autor considerado, mesmo na pós-modernidade, como um importante marco teórico, podemos pensar que o envelhecimento, desta forma, não poderia ser confundido com doença. É um processo natural e irreversível onde é evidente a perda progressiva de diversas funções. Trata-se de um processo heterogêneo e singular, pois se manifesta em diferentes contextos e formas, e cada indivíduo vai viver a sua própria experiência de envelhecer (Spirduso, 2005).

Alterações morfofuncionais são progressivamente impostas a todos os indivíduos ao longo da vida, sendo que, ao acometer indivíduos mais vulneráveis, como os idosos, conferem limitações significativas (DeLorey e Babb, 1999; Janssens et al., 1999) e potencializa o aparecimento da PAC, doença de alta incidência de morbidade e mortalidade entre os idosos (Clemente et al., 2002). Alguns estudos procuram incluir a idade entre os fatores de risco de mortalidade na PAC. Quanto maior a idade, maior é a prevalência desta infecção, gravidade e necessidade de hospitalização. Fine e col. (1997) demonstram que um paciente com 95 anos, sem doenças coexistentes, apresenta um risco de mortalida-

de de 8.2%. O que se observa em estudos é que a idade é um fator de risco concreto, embora não determine o mau prognóstico, uma vez que são as doenças coexistentes os principais agravantes (Clemente et al., 2002). Este quadro é reforçado em um trabalho realizado por Nieman (1994), uma vez que, ao relacionar os efeitos dos exercícios sobre as infecções da via aérea superior, concluiu que indivíduos idosos que apresentam atividade funcional preservada e por conta disso, praticam em média 40 minutos de caminhada, 5 vezes na semana, apresentam incidência de 21%, contra os 50% encontrados no grupo controle de indivíduos idosos sedentários.

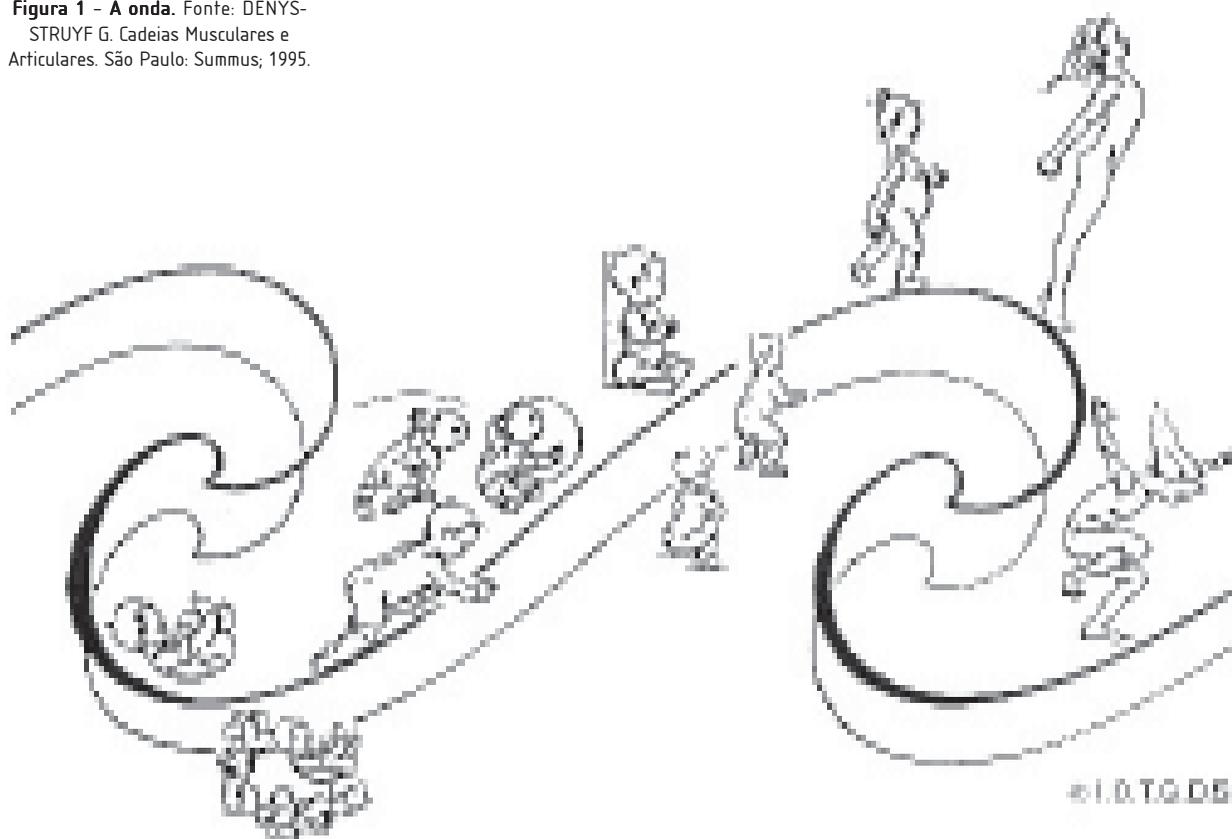
Não há dúvida de que a prática de atividade física regular favorece a adaptação do idoso frente às modificações decorrentes do envelhecimento. De um modo geral, os exercícios impõem uma maior solicitação mecânica e estimulam tanto a ação dos componentes pulmonares quanto os extrapulmonares. Estas questões

estão de acordo com os estudos de Fiatarone et al. (1994), porém, o autor acrescenta que a qualidade de vida do indivíduo idoso está relacionada ao conjunto dos efeitos do exercício, e não a uma função específica. A leitura corporal através do método GDS possibilita relacionar as questões corporais a outros aspectos que compõem a globalidade dos indivíduos e desta forma, permite compreender o contexto em que se insere o quadro patológico, individualizando a abordagem terapêutica.

Evans (2000) considera que as mudanças associadas à idade são decorrentes da inter-relação entre fatores intrínsecos (geneticamente determinados) e extrínsecos (meio ambiente e estilo de vida), que contribuem para a perda da adaptabilidade. Cada indivíduo é um ser único, pois, ao herdar a sua genética de seus pais, combina a ela a percepção pessoal do mundo em que vive. Por sua vez, a ligação com este mundo se estabelece a partir de uma relação mecânica de ações e de reações, físicas e psíquicas (Piret e Béziers, 1992).

LES CHAINES MUSCULAIRES ET LA PSYCHOMOTRICITE

Figura 1 - A onda. Fonte: DENYS-STRUYF G. Cadeias Musculares e Articulares. São Paulo: Summus; 1995.



Para se desenvolver uma determinada ação, contrações musculares aplicam pressões sobre os ossos e, desta forma ocorre o movimento. Os sucessivos movimentos são inscritos nos ossos e dão forma ao corpo (Piret e Béziers, 1992; Campignon, 1996). Os conjuntos musculares, neste sistema, garantem (...) *“a adaptabilidade de nossas estruturas às necessidades da vida, às possíveis reviravoltas do destino, às mudanças e aos períodos de passagem no trajeto de nossa existência”* (Denys-Struyf in Campignon, 2003, p.14).

Se o corpo expressa a história dessa relação com o mundo, Denys-Struyf, contudo, insiste para o fato de que não é possível rotular um indivíduo, uma vez que as informações contidas nesta leitura corporal refletem carências ou desejos do momento (Campignon, 1998). Denys-Struyf (1995) descreve que o desenvolvimento humano se constrói em forma de ondas (figura 1). Além disso, uma onda é composta por 3 fases: a de existência (AM), de construção (PA-AP) e de ação (PM), sempre vivenciada nesta direção. Fazendo uma analogia com a vida, uma onda pode ser entendida como um período, sendo uma vida inteira a história de sucessivas ondas – a onda do nascimento, a da infância, a da maturidade, a da maternidade, do envelhecimento e tantas outras.

A velhice coincide com mais um momento AM da onda. Muitas vezes numa tentativa de equilibrar a carência deste potencial, recorre-se a um potencial AL, que pode ser “traduzido” como uma das contribuições para a inatividade, o isolamento social e emocional. Esse quadro pode enfatizar os aspectos negativos do envelhecer.

“O método G.D.S. propõe uma leitura do corpo, uma abordagem preventiva e curativa. Uma leitura, não para saber ‘quem sou’ mas para perguntar-se ‘em que trecho do meu caminho estou?’” (Denys-Struyf, 1995 p.37). Durante o processo terapêutico, algumas perguntas se fazem necessárias. O projeto pessoal foi construído sobre uma base sólida? Em um mundo moderno que exige uma ação desenfreada, será que estas ações são alimentadas por verdadeiras motivações e projetos pessoais, ou são resultados de atitudes que a sociedade e a família determinam como adequadas e ideais? Assim, quando se determina como prioridade de atendimento ao idoso a melhora da autonomia, da independência, da capacidade funcional e da qualidade de vida, torna-se imprescindível propor estratégias terapêuticas coerentes com o potencial deste indivíduo e o momento da onda em que se encontra.

O quadro clínico a seguir mostra o caso de uma paciente com 85 anos de idade e com diversos distúr-

bios motores que comprometiam suas capacidades funcionais e favoreciam a inatividade e a recorrência das histórias de infecções respiratórias. Foi realizado um trabalho com o objetivo de restabelecer as funções biomecânicas de modo a favorecer sua autonomia e independência. Estas duas condições são fundamentais para o idoso ter a capacidade de gerir sua vida e conseqüentemente, ter projetos pessoais e não aqueles determinados por seus familiares.

A melhora da marcha foi o ponto selecionado como prioritário para o tratamento, uma vez que sua família tinha o hábito de se encontrar com bastante regularidade. Assim, a manutenção desta função determinava sua inclusão e permanência dentro deste contexto. Além disso, era uma forma de estímulo cognitivo, já que a fazia participar das questões e decisões familiares e, também, a mantinha atualizada sobre os acontecimentos do país e do mundo. Caromano e Mashimo (2002) assinalam que a marcha é uma das funções mais afetadas com o envelhecimento. A alteração mecânica da marcha é causada principalmente pelo aumento da rigidez articular que compromete a mobilidade do tronco e pela diminuição da amplitude de dissociação das cinturas. Por isso, os idosos menos funcionais adotam uma marcha em bloco, contribuindo para a diminuição da independência nas atividades diárias.

Durante a avaliação fisioterapêutica, foi constatado o distúrbio da marcha com aspectos semelhantes ao quadro descrito por Caromano e Mashimo (2002) anteriormente. A paciente apresentou como queixa principal, que a impedia de desenvolver uma marcha mais funcional, o quadro algico na articulação de ambos os joelhos. Além disso, foi observada uma escoliose dorso-lombar de acentuada convexidade lombar à esquerda e dorsal à direita (Figura 2). Ambos os problemas contribuíam para uma grande rigidez das massas e pouca adaptabilidade das intermassas¹. Este cenário apresenta forte relação com a pneumonia, uma vez que os joelhos eram fatores preponderantes para a inatividade e diminuição das capacidades funcionais, enquanto que a escoliose alterava a complacência torácica e pulmonar e conseqüentemente a função diafragmática. Essa disfunção biomecânica favorece o aumento do trabalho respiratório e a hipoventilação das bases pulmonares (DeLorey e Babb, 1999; Janssens et al., 1999).

¹ O conceito de massas e intermassas, próprio do método GDS, é descrito por Campignon (2003, p.79)

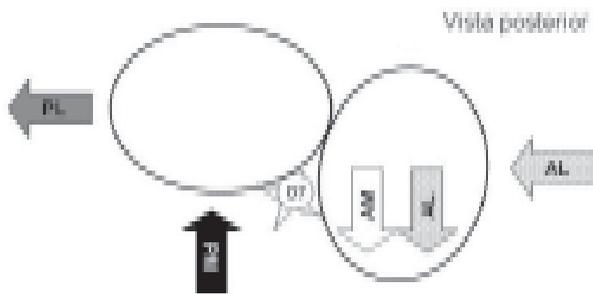
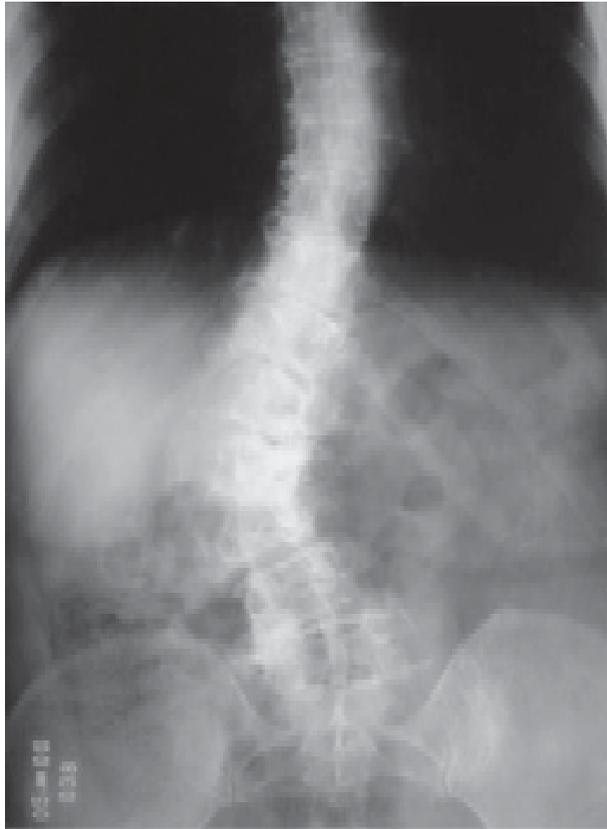


Figura 2 - Imagem radiológica em plano ântero-posterior da coluna dorso-lombar e esquema da caixa torácica em vista transversal.

Inicialmente, com o intuito de “limpar” o excesso de informações colhidas no exame físico, foi priorizado no tratamento a conscientização do esqueleto através da percussão óssea e o trabalho sobre a pele, a partir de massagens, técnicas reflexas e escovação no sentido mecânico das cadeias miofasciais. Neste primeiro momento, o importante foi estimular a percepção do corpo para estabelecer uma nova forma de comunicação, no intuito de reconstruir uma unidade psico-corporal. Segundo Piret e Béziers (1992, p.30), “a sensação da forma

da pele se vincula à imagem de nosso próprio volume e de seu movimento”. A manipulação da pele permite recuperar as imagens correspondentes e a sensibilidade profunda nos permite perceber a forma de nosso corpo.

Após obter as informações sobre a dinâmica da paciente, buscou-se correlacioná-las às questões observadas na estática e, desta forma, encontraram-se fixações nas cadeias ântero-mediana (AM) e ântero-lateral (AL) (figura 3). Spirduso e Mackie (2005) enfatizam que o envelhecer representa um desafio ao controle emocional, pois é difícil lidar com as mudanças físicas, com a diminuição das capacidades funcionais e com a perda inevitável de cônjuges e de amigos. Associe a isso à inversão do papel social na família, que contribui com a perda do controle de gerenciar os projetos pessoais, de manter a autonomia e a independência. Além disso, a perda da relação cuidar – se sentir cuidado, constitui outro fator que irá bloquear a comunicação não-verbal. As cadeias miofasciais criam marcas e fixações que inibem a função motora e dificultam o trajeto psico-corporal pela onda.

Com o intuito de restabelecer a funcionalidade, procurou-se entender as relações biomecânicas, tanto na estática quanto na dinâmica. Os bloqueios nas articulações sacro-ilíacas, coxo-femorais e joelhos, que foram avaliados na estática, também foram percebidos nos movimentos funcionais solicitados à paciente. Entre as inúmeras questões observadas, principalmente na região da bacia, verificou-se uma associação entre AM e PL, evidenciadas pela aproximação dos ísquios e flexo de joelhos (pivô primário de AM), com retrobáscula dos ilíacos (PL), o que provocava uma reatividade em AL (excesso de rotação interna e flexão das articulações coxo-femorais). Denys-Struyf (1996) pontua que, “quando o quadril tem suas amplitudes limitadas, os joelhos compensam, as sacro-ilíacas, a lombo-sacra e toda a coluna lombar também” (p.126). Além disso, o músculo grande dorsal (AL), responsável, na dinâmica, pela comunicação e dissociação dos movimentos da cintura pélvica e torácica fazia com que a paciente apresentasse movimentos desorganizados em bloco, que comprometiam os movimentos funcionais como a marcha, o abaixar para secar os pés após o banho, o levantar e sentar de uma cadeira, entre outros. Foi constatada, também, a ação de PM em seu feudo, verticalizando a tibia e os ilíacos para manter o equilíbrio ortostático, porém exercendo uma ação excessiva no pescoço, em reação ao excesso de AM e PL na bacia e no tronco. Se, por um lado, isso permitiu a horizontalização do olhar, por ou-

tro, veio a contribuir para a perda da ritmicidade respiratória dos músculos da cadeia PA-AP, aumentando ainda mais a ação de AM sobre o tronco e AL na cintura escapular (figura 3).



Figura 3 - Imagem em perfil: 1- associação AL e PL na bacia; 2- excesso de AL na articulação coxofemoral; 3- PM para horizontalização do olhar, gerando bloqueio da ritmicidade de PA-AP no pescoço; 4- associação dos fatores correlacionados aumentando a ação de AM no tronco e AL na cintura escapular.

Campignon (1998) destaca que o comportamento das cadeias musculares no corpo de um indivíduo está necessariamente ligado aos músculos da respiração. O diafragma, principal músculo deste evento, também tem a função de ajustar a verticalidade da coluna, facilitando a organização corporal. Assim, foi priorizado o trabalho respiratório com o objetivo de diminuir a pressão na bacia, resultado do excesso de tensão dos músculos do períneo (AM) que acentuavam o fechamento dos ísquios. Esse trabalho, associado a movimentos espiróides na articulação coxo-femoral, ajustaram o dinamismo da tríade AL-PL-AP. O fechamento dos ísquios foi atenuado pelo restabelecimento do equilíbrio entre as ações dos músculos da cadeia PL (obturador interno e quadrado crural) e AM (períneo), facilitando a liberação do sacro, que apresentava entraves em sua mobilidade nas diferentes fases da respiração. Da mesma forma, foi verificada uma maior harmonia na atividade dos músculos piriformes (PL-AM) de ambos os lados durante a marcha, que passaram a alternar seus pontos fixos de maneira satisfatória durante as fases de apoio (ponto fixo no fêmur) e oscilação do membro contra-lateral (ponto fixo no sacro) (Barr e Backus, 2003; Campignon, 2004).

Todos esses movimentos, contudo, ocorreram em mínima amplitude, uma vez que a paciente apresentava grande rigidez articular devido aos processos degenerativos decorrentes da própria idade. Porém, notou-se uma maior eficiência da contração muscular, o que influenciou a melhora no equilíbrio estático e dinâmico. Embora não se tenha verificado mudanças específicas nos segmentos vertebrais, o posicionamento do conjunto da coluna, em relação ao eixo vertical, sofreu modificação significativa, em função de uma melhora da organização da bacia e dos membros inferiores.

Neste trabalho pôde ser observado, também, um aumento da resposta muscular do diafragma (PA-AP), e músculo transverso do abdome (PA) quando se solicitava um aumento do volume inspiratório. Com esse ganho de volume, foi possível notar, mesmo nas costelas torcidas pelo padrão escoliótico, a ativação dos músculos intercostais externos (PA-AP). Isto teve certamente reflexo sobre o aumento da ventilação pulmonar e da capacidade vital, importantíssimo para a diminuição da recorrência das infecções respiratórias.

Finalmente, exercícios de “accordages” (Campignon, 2003, 2004) foram realizados para coordenar a transmissão da tensão entre a coluna lombar, bacia e



Figura 4 - Evolução biomecânica do processo terapêutico.

membros inferiores, restabelecendo as boas relações de pontos fixos entre as diversas cadeias musculares.

O resultado destas ações pode ser observado na figura 4. Embora a paciente ainda apresente grandes limitações funcionais que solicitam o auxílio regular de uma “cuidadora” para tarefas mais complexas, como ir à rua fazer compras, controlar as finanças e entrar em automóvel, esta se mantém com um nível de independência funcional para suas atividades básicas de higiene, de alimentação e de vestir-se.

Concluo que nesse momento, a paciente apresenta condições biomecânicas que determinaram uma melhora significativa na sua qualidade de vida, principalmente, porque agora, ela se sente mais inserida no âmbito familiar e, por esta razão, pode acompanhar melhor o desenvolvimento de seus netos e bisnetos. É importante lembrar que, mesmo “vibrando” mais intensamente sobre uma estrutura AM, própria do seu potencial e, ao mesmo tempo, continuando a receber as influências dos múltiplos aspectos inseridos no con-

texto do envelhecimento, esta paciente teve seu AM mais “alimentado”, o excesso de AL foi atenuado e, assim, pode transitar por todas as estruturas de modo mais equilibrado, o que permitirá uma maior adaptabilidade física e, sobretudo, emocional frente à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARR AE, BACKUS SI. Biomecânica da marcha. In: NORDIN M, FRANKEL VC. *Biomecânica básica do sistema musculoesquelético*. Cap. 18: 379-396. Guanabara Koogan, 3ª ed., 2003.

BARTLETT JG, BREIMAN RF, MANDELL LA, et al. Community-acquired pneumonia in adults. Guidelines for management. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 811-838.

BOTOMÉ SP e ROSENBERG CP. Participação de Psicólogos em Administração de Recursos em Saúde Pública: Análise de uma Experiência. *Psicologia*, v.7, n.3, 1981.

CAMPIGNION P. Aspectos Biomecânicos – Cadeias Musculares e Articulares – Método G.D.S. – Noções Básicas. São Paulo: Summus; 2003.

CAMPIGNION P. Les chaînes musculaires et articulaires – Méthode G.D.S. – La chaîne antéro-laterale. Bruxelles: I.C.T.G.D.S.; 2004.

CAMPIGNION P. Les chaînes musculaires et articulaires – Méthode G.D.S. – La chaîne potéro-laterale. Bruxelles: I.C.T.G.D.S.; 2004.

CAMPIGNION P. *Respir-Ações*. São Paulo: Summus; 1998.

CANGUILHEM. G. O normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 5ª edição, 2000.

CLEMENTE MG, BUDIÑO TG, SECO GA, et al. Neumonía adquirida en la comunidad en el anciano. Factores pronósticos. *Arch Bronconeumol* 2002; 38(2): 67-71.

DeLOREY DS e BABB TG. Progressive mechanical ventilatory constraints with aging. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 169-177.

DENYS-STRUYF G. Cadeias Musculares e Articulares. São Paulo: Summus; 1995.

DENYS-STRUYF G. In: CAMPIGNION P. Aspectos Biomecânicos – Cadeias Musculares e Articulares – Método G.D.S. – Noções Básicas. p.13-16. São Paulo: Summus; 2003.

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 – Tome II*. Paris: Frison-Roche; 1996.

EVANS, JG. Ageing and medicine. *Journal of Internal Medicine* 2000; 247: 159-167.

FIATARONE MA, O’NEILL EF, RYAN ND, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994; 330 (25): 1769-1775.

FINE MJ, AUBLE TE, YEALY DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250.

GUYTON CA e HALL JE. Respiratory insufficiency pathophysiology, diagnosis, oxygen therapy In: *Textbook of medical physiology*. Cap. 42: 537-545. W B Saunders Company, 9th ed., 1996.

JANSSENS JP, PACHE JC, NICOD LP. Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *Eur Respir J* 1999; 13: 197-205.

MASSHIMO, AM e CARMANO FA. A marcha em Idosos Saudáveis. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6 (2): 117-121, 2002.

NIEMAN DC. Exercise, infection and immunity. *International Journal of Sports Medicine* 1994; 15: 131-141.

PIRET S e BÉZIERS M-M. A Coordenação motora: aspecto mecânico da organização psicomotora do homem. São Paulo: Summus; 1992.

RIQUELME R, TORRES A, EL-EBIARY M, et al. Community-acquired pneumonia in the elderly: Clinical and nutritional aspects. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 1908-1914.

ROSA TEC et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-48.

RUIZ M, EWING S, MARCOS MA, MARTINEZ JA, et al. Etiology of community-acquired pneumonia: impact of age, comorbidity, and severity. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 397-405.

SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) - Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. *Jornal de Pneumologia* 2001; 27 (supl 1).

SPIRDUSO, WW e MACKIE KS. Saúde, Exercício e Função Emocional. In: SPIRDUSO, WW. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Cap. 10: 315-340. Barueri, SP: Manole, 2005.

SPIRDUSO, WW. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Barueri, SP: Manole, 2005.

WEST JB. Doenças Ambientais e Outras. In: *Fisiopatologia Pulmonar Moderna*. Cap. 7: 139-140. Editora Manole LTDA, 4ª edição, 1996.

O Brasil conta com dois núcleos oficiais de ensino, em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Somente estas duas equipes, filiadas à APGDS, estão autorizadas a ministrar a formação no método GDS no país. Todos os professores e assistentes dos cursos são membros da Associação de Professores do Método GDS (*Charte de Qualité*). São eles: Bernard Valentin, Régine Hubeaut, Maria Antônia Miguet, Rita Kubo Wada, Renata Ungier, Cecília Stephan, Nícia Popini Vaz, Alexandre de Mayor e Bárbara Schindler.

Formação oficial no método GDS de Cadeias Musculares no Brasil

Reconhecida pelo Institut des Chaînes Musculaires et Techniques GDS (ICTGDS-Bélgica)

A formação completa se constitui em quatro ciclos:

Ciclo I

Introdução (4 dias ou 32 horas)

Ciclo II

Biomecânica (18 dias)

- 1 - As cadeias do eixo relacional - AL e PL (6 dias)
- 2 - As cadeias do eixo vertical - AM e PM (6 dias)
- 3 - As cadeias do eixo vertical - PAAP / Testes e análises (6 dias)

Ciclo III

Aspectos Psico-comportamentais (10 dias)

Ciclo IV

Estratégias de Tratamento (2 módulos de 6 dias cada)

O ciclo I é pré-requisito para os ciclos II e III. Após o ciclo I, o ciclo III pode ser realizado a qualquer momento durante a formação. O ciclo II é pré-requisito para o ciclo IV.

Serão conferidos certificados para cada etapa realizada. Ao final da formação completa, o aluno receberá um diploma oficial do ICTGDS-Bélgica.

Para informações e inscrições, entre em contato com: apgds@terra.com.br (Rio de Janeiro) ou cadeiasmuscularesgds@hotmail.com (São Paulo).

Rio de Janeiro

Ciclo I

Introdução

Turma 1: 17 e 18, 24 e 25 de outubro de 2008

Turma 2: 20 a 23 de novembro de 2008

Ciclo II

Biomecânica - Módulo 1 (Cadeias AL e PL)

10 a 15 de março de 2009

Ciclo II

Biomecânica - Módulo 2 (Cadeias AM e PM)

junho de 2009, datas a confirmar

Ciclo II

Biomecânica - Módulo 3 (Cadeia PAAP; Testes e Análises)

2 a 7 de novembro de 2009

Agenda de cursos

2008 - 2009

São Paulo

Ciclo I

Introdução

25 a 28 de setembro de 2008

Curso de Pós-Formação

6 a 8 de março de 2009

Ciclo III

Aspectos Psico-comportamentais

julho de 2009, datas a confirmar

Ciclo II

Biomecânica - Módulo 1 (Cadeias AL e PL)

9 a 14 de novembro de 2009

O horário dos cursos é de 9 às 18h.
Local a confirmar. Para informações e inscrições, entre em contato com: apgds@terra.com.br (Rio de Janeiro) ou cadeiasmuscularesgds@hotmail.com (São Paulo)

aconteceu na APGDS

II Jornada Científica da APGDS-Rio:
Hotel Novo Mundo, setembro de 2007



Conferência com Alain d'Ursel,
presidente da APGDS-Bélgica

Ateliê sobre estruturação do tornozelo



Ateliê sobre a estratégia de tratamento da onda





Conferência sobre a prevenção da hipertensão arterial e diabetes melitus



Conferência sobre estratégias de tratamento



Conselho Diretor da APGDS: Fátima Rosas, Bárbara Schindler, Sylvia Nancy Azevedo, Alexandre de Mayor, Renata Ungier e Mônica Souza



Curso de pós- formação com Alain d'Ursel (setembro de 2007)

A pelve no espaço tridimensional



Alain d'Ursel em aula prática



Alain d'Ursel abraça seus alunos Weld, Wanja, Daniela e Renato

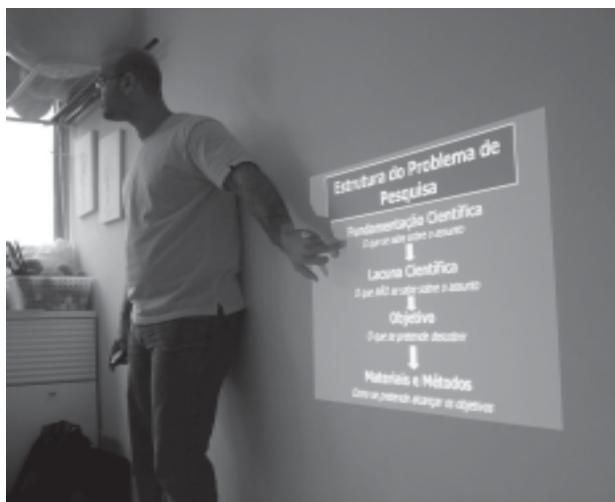


Curso de pós-graduação com Bernard Valentin (fevereiro de 2008)
O professor Bernard Valentin (de branco, no centro), e toda a turma.

Curso de Metodologia da Pesquisa Científica com Marcos Almeida (abril de 2008)

Exposição teórica do Professor Marcos Almeida

Aula prática de pesquisa em bases de dados na internet



Presidente

Renata Ungier

ungier@terra.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/907, Leblon

Rio de Janeiro - RJ 22440-901

(55) 21 2259-0969

Diretora científica

Mônica Alves de Souza

monifisio@superig.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/1307, Leblon

Rio de Janeiro - RJ 22440-901

(55) 21 9642-1733

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

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

A APGDS no mundo

BRASIL

Presidente: Renata Ungier

Contato: apgds@terra.com.br

ESPAÑA

Presidente: Tereza Alvarez

Contato: alvarezth@hotmail.com

FRANÇA

Presidente: Philippe Campignon

Contato: Lori Campignon -
apgds@wanadoo.fr

CANADÁ

Contato: Thierry Dumont -
koram@qc.aira.com

BÉLGICA

Presidente: Alain D'Ursel

Contato:
APGDS_BEL@hotmail.com

ITÁLIA

Contato: Anne-Laure Gardeaux -
algardeaux@tin.it

Fundadores

Ana Rita Figueiredo Ribeiro

anaritaribeiro@uol.com.br

Rua Martins Ferreira 30, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22271-010
(55) 21 2527-0488

Elizabeth Pimentel Berardo C. da Cunha

elizabethberardo@terra.com.br

Rua Mário Pederneiras 10 casa 103,
Humaitá
Rio de Janeiro - RJ

Elizabeth Rodrigues Madureira

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

Juceia Dias Bayerl de Assis

juceia@uol.com.br

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

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

marciadiaz60@yahoo.com.br

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

Maria Luiza Lemos Azem

pazem@globo.com

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

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

Núbia de Lima Barbosa

nubialbarbosa@ig.com.br

Rua Real Grandeza, 182 casa 6A C,
Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22281-036
(55) 21 2286-6524

Patrícia Gebara Abifadel

patgebara@zipmail.com.br

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

Paula Tenenbaum

paulatenenbaum@hotmail.com

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

Rachel Fonseca Figueiredo de Castro

figueiredo.rachel@gmail.com

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

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

Rosângela 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

Sandra Carvalho

sfcarvalho@ig.com.br

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

Sandra Regina de Castro Sobral

sobralmed@ig.com.br

Av. N. Sra. Copacabana 749/1203 e 1204, Copacabana
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2236-5452

Susan Barbara Guerin

susanbguerin@hotmail.com

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

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

Teresinha Schulz

tecaschulz@yahoo.com.br

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

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

Wanja de Carvalho Bastos

wanjab@uol.com.br

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

Titulares

Alessandra Morais

ale.mrs@uol.com.br
Rua Oscar Freire 1946, Pinheiros
São Paulo - SP 05409-011
(55) 11 3064-0954

Ana Luiza de Souza Luca

analuizaluca@uol.com.br
Av. Tiradentes 101/62, Centro
Taubaté - SP
(55) 11 3621-4100

André Eduardo Trindade

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

André Luiz da Silva Cancela

ismenia_lima@yahoo.com.br
Rua Gavião Peixoto 182/314, Icaraí
Niterói - RJ 24230-101
(55) 21 2611-8090

Angela Beatriz Campani

acampani@terra.com.br
Rua Professor Ulisses Cabral 1154,
Chácara das Pedras
Porto Alegre - RS 91330-520
(55) 51 3338-5241

Antonio Fernando Ugelli

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

Beatriz Ocougne

bia@biaocougne.com.br
Alameda Gabriel Monteiro da Silva
463, Jardim América
São Paulo - SP 01442-000
(55) 11 3064-5049

Beatriz Pizarro de Carvalho Gouveia

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

Bernadete Merotto Benini

detebenini@hotmail.com
Rua Dr. Freire Alemão 351/902, Mont
Serrat
Porto Alegre - RS 90450-060
(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

Cecilia Stephan

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

Claudia Barreto Haddad

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

Claudia Regina Fonseca

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

Daniela Gatti Monteiro

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

Fernanda Cunha

f.g.cunha@uol.com.br
Rua Otávio Carneiro 100/1105, Icaraí
Niterói - RJ 24230-191
(55) 21 2720-8957

Jane A. Ciconell Figueiredo

janefigueiredo@terra.com.br
Rua Jannarelli 199/154, Morumbi
São Paulo - SP
(55) 11 3722-3916

Janette Zamudio Canales

jane_canales@terra.com.br
Rua Caconde 49/82, Jardim Paulista
São Paulo - SP 01425-011
(55) 11 3885-0567

Josiane Izaias Paulino Mila

josiane.fisio@uol.com.br
Rua Topázio 965, Vila Mariana
São Paulo - SP 04105-063
(55) 11 7105-9893

Lisana Torres

lisanatorres@gmail.com
Travessão Carreirão 104/306, Centro
Florianópolis - SC 88015-540
(55) 48 3225-6452

Margarete Primati

mprimati@ig.com.br
Av. Agami 347, Moema
São Paulo - SP 04522-001
(55) 11 5051-9184

Margareth Leyser

margaleyser@hotmail.com
Rua Castro Alves 1113
Porto Alegre - RS
(55) 51 3029-4439

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

Maria Angélica Ferreira Leal Puppín

angelica.puppín@uw.br
Rua Cassiano Antônio de Moraes,
Enseada do Suá
Vitória - ES 29055-060
(55) 27 3345-2089

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

Maria Aparecida Bezerra

cidb@globo.com
Rua Almirante Guilhem 198/801,
Leblon
Rio de Janeiro - RJ 22440-000
(55) 21 2540-8957

Maria Beatriz de Souza Hue

biahue@ig.com.br
Rua Marquês de São Vicente 311/
301, Gávea
Rio de Janeiro - RJ 22451-041
(55) 21 2274-6652

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

Maria Letizia Moraes Maddaluno

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

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

Myriam Martins Novaes
myriamnovaes@msn.com
Rua Coronel Souza Franco 1110,
Carmo
Mogi das Cruzes - SP 08780-110
(55) 11 4799-2128

Nara Vieira Gomes Pereira
nara.vieira@terra.com.br
Rua Major José Inácio 2711, Centro
São Carlos - SP 13560-161
(55) 16 3376-1668

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

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

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

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

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

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

Tiene Deccache
tienedeccache@superig.com.br
Rua Otávio Carneiro 143/310, Icaraí
Niterói - RJ 24230-190
(55) 21 2714-0585

Weld Santos Encarnação
weld@ateliectorporal.com.br
Rua General Glicério 400 lj. A,
Laranjeiras
Rio de Janeiro - RJ 22245-120
(55) 21 2225-6134

Aspirantes

Angela Moura
angelamfisio@yahoo.com.br
Rua Frei Matias Teves 280/912, Ilha
do Leite
Recife - PE 50070-450
(55) 81 3222-7043

Anita Gutman
anitagutman@terra.com.br
Rua Senador Dantas 75/2407, Centro
Rio de Janeiro - RJ 20031-200
(55) 21 2292-8891

Beatriz Gaspar Maciel de Moura
biagaspar@globo.com
Alameda Tietê 223/83, Cerqueira
Cesar
São Paulo - SP 01417-020
(55) 11 3798-5740

Camille Guedes Laus Brodbeck
camille03@uol.com.br
CEART - Rua Elvira Machado 7/5A,
Botafogo
Rio de Janeiro - RJ 22080-060
(55) 21 2512-7706

Claudia dos Reis Azevedo
claudiazev@ig.com.br
Rua Frederico Quartaroli 43/301,
Recreio
Rio de Janeiro - RJ 22795-400
(55) 21 2486-8826

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 2521-1526

Cristina Maria Ferreira Gonçalves Tagomori
cristaogo@ig.com.br
Rua Tito Lívio de Castro 107, Moneró
- Ilha do Governador
Rio de Janeiro - RJ 21920-350
(55) 21 8125-9153

Deborah Leibel
deborah_leibel@yahoo.com.br
Av. Construtor David Teixeira 105/
103, Mata da Praia
Vitória - ES 29065-320
(55) 27 3315-0657

Elaine Cunha dos Santos
fisioiglobal@ig.com.br
Rua Ataulfo de Paiva 1079/708,
Leblon
Rio de Janeiro - RJ 22440-034
(55) 21 2521-1526

Fátima Rosalina Pereira Lopes
fatima_rosalina@uol.com.br
Rua Maxwell 23, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ 20541-100
(55) 21 2208-9163

Fernanda Volpatto da Silva
fernandavolpatto@hotmail.com
Rua José de Alencar 207/406, Menino
Deus
Porto Alegre - RS 90880-481
(55) 21 3233-6110

Juliana Pires de Campos Pedroso
julianapcp@ig.com.br
Rua Sigmar Kaufmann 575, Chácara
da Represinha
Cotia - SP 06717-730
(55) 11 4703-3671

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

Silvana Cabral
silvana.cabral@terra.com.br
Rua Visconde de Inhaúma 1241,
Centro
São Carlos - SP 22440-034
(55) 16 3307-5386

Honorário

Lúcia Campelo Hahn
angelamfisio@yahoo.com.br
Rua Heitor de Moraes 481, Pacaembu
São Paulo - SP 01237-000

Lá se vai um ano do lançamento da NOSSA revista; a revista da família GDS!

Que bom ver como crescemos!

Que bom antever o quanto essa família GDS ainda irá construir!

Lançar a revista foi um “pequeno grande gesto” e junto ao lançamento veio a certeza de que pequenos gestos podem fazer toda a diferença.

Um gesto pode movimentar tantas coisas!

O GESTO de fazer acontecer.

O OLHAR de acreditar.

O GESTO de perder.

O OLHAR de ganhar.

O OLHAR-GESTO de compartilhar.

Que Bem-vinda seja esta nova edição do OLHAR GDS e que traga com ela o olhar traduzido em gestos de movimentos de uma comunicação cada vez mais ampla e científica, mas sem perder nunca sua forma de amizade e de transparência.

Parabéns a todos nós.

Lucia Leibel Swartzman (lucialeibel@ig.com.br) e Nilza Elayne Leiria (nilzaelayne@hotmail.com)

CARTAS

Esta seção publica correspondência recebida, necessariamente relacionada aos artigos publicados na Revista *Olhar GDS* ou à linha editorial da revista. Os autores de artigos eventualmente citados em Cartas serão informados e terão direito de resposta, que será publicada simultaneamente. Cartas devem ser breves e, se forem publicadas, poderão ser editadas para atender a limites de espaço. A publicação está condicionada à avaliação do conselho editorial quanto à pertinência do tema abordado.

“**P**aciência, confiança, consciência e enfim a competência para uma relação mais eficaz com o nosso próprio corpo.” As palavras do nosso mais recente e querido mestre Alain d’Ursel (presidente da APGDS-Bélgica) que esteve pela primeira vez no Brasil, em setembro de 2007, animaram e animam nossos universos particular e profissional. Todos aqueles que tiveram a alegria de conviver com os ensinamentos e com a “pessoa humana” que é este belga, tão próximo da filosofia “Godelieveana”, podem testemunhar em grande parte a favor das minhas impressões. Mais do que técnicas de exercícios, estimulações visuais, mímicas, ginástica, dança, teatro, desenho, palhaçadas, o conteúdo do curso iluminou e encorajou as bases do método GDS. Tocou nas sutilezas das relações terapêuticas, na infundável tarefa da auto-observação e incansavelmente repetia que devemos cultivar a paciência, confiança e consciência, como um aprendizado também para os nossos alunos/pacientes. Ouvir e perceber que o mesmo se manifesta no mestre foi um alento, como um reforço escolar, você já estudou a matéria mas precisa re-forçar,

re-memorizar e quem sabe desenvolver a competência, palavra esta que ele deixou mais para o final do curso, como se respeitasse o nosso tempo para enxergar que há um túnel de luz. Sobre o “tempo” também ficou a sensação de que o curso transcorreu de uma forma calma, alegre, divertida e principalmente amorosa, outro exemplo que para sermos terapeutas e tocarmos o outro é preciso destemper o amor. Voltar ao “Gesto Fonte” também nos recuperou a saúde e aquela felicidade boba de coisas simples que a coordenação psicomotora promove.

Com belos dias de primavera o Rio de Janeiro e seus cariocas barulhentos nos receberam contribuindo para um ambiente de prazer tanto para vivenciar práticas e teorias enriquecedoras como para trocar reflexões e alucinações.

Alimentados e fortalecidos, mesmo que gananciosos, afinal não deu tempo pra tudo, não deu tempo para ficarmos mais tempo juntos... voltamos... impossibilitados de negar a transformação.

Nara Vieira
www.espacocorporal.com.br

Normas de Publicação da Revista Olhar GDS

ARTIGOS E RELATOS DE CASO

PREPARAÇÃO DOS ORIGINAIS

Página de apresentação

A primeira página do texto traz as seguintes informações:

- Título do trabalho;
- Nome completo do(s) autor(es) e titulação principal, endereço, telefone e e-mail;
- Local de trabalho do(s) autor(es);

A revista *Olhar GDS* é um periódico anual da APGDS (Associação de Praticantes do Método GDS) aberto para a publicação de artigos científicos, divulgação de eventos e diversos assuntos relacionados ao método criado pela fisioterapeuta belga Godelieve Denys-Struyf.

Os artigos da Revista *Olhar GDS* poderão também ser publicados em outros meios eletrônicos (Internet e CD-ROM) ou outros que surjam no futuro. Ao autorizar a publicação de seus artigos na revista, os autores concordam com estas condições e, sobretudo, assumem que são os únicos responsáveis pelas informações por eles descritas.

Submissões devem ser enviadas por e-mail apgds@terra.com.br. A publicação dos artigos é uma decisão do conselho editorial e todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão. O conselho editorial poderá devolver ou sugerir modificações nos textos recebidos, assim como recusar sua publicação.

O texto dos artigos é dividido em Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Já o texto dos Relatos de Caso deve ser subdividido em Resumo, Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Os trabalhos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, margens de 2,5cm, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc. A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ser superior a 12 páginas A4 em espaço simples.

Recomenda-se usar no máximo 3 tabelas, no formato Excel ou Word, e no máximo de 8 figuras, fotos ou desenhos. Estas imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi).

O texto não deve conter mais de 30 referências. As referências devem ser citadas no corpo do texto, como nos exemplos a seguir.

Exemplo 1: Os estudos de Hodges et al. (1997, 2000, 2001) sobre a solidariedade entre diafragma e transversos do abdômen, 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.

Exemplo 2 (citação literal): 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”*.

Resumo, palavras-chave e referências

A segunda página de todas as contribuições deverá conter o resumo do trabalho e não pode ultrapassar 200 palavras. Abaixo do resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave.

A última página deve conter as referências bibliográficas. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Estas deverão estar listadas ao final do artigo, por ordem alfabética. Devem ser citados todos os autores até 3 autores. Quando mais de 3, colocar a abreviação latina *et al.* Exemplos:

Artigo – Campignon P., Harboux G. Proprioception: la prise de conscience corporelle. *Inforchaines* 2007;28:13-18.

Livro - Denys-Struyf G. Cadeias Musculares e Articulares. São Paulo: Summus; 1995.

Capítulo de Livro - Barnes JF, Liberação miofascial. In: Hammer WI, editor. Exame funcional dos tecidos e tratamento por métodos manuais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2003.p.454-467.

GRAFIA DO CORPO

As imagens para o movimento

Bico de Papagaio e outros Bicos

Nilza Elayne Leiria de Castro e
Lúcia Leibel Swartzman

(Editora UAPE)

\$48

bicodepapagaioeoutrosbicos@gmail.com
editorauape@terra.com.br



ESPAÇO PUBLICITÁRIO Para anunciar na revista **Olhar GDS**, escreva para apgds@terra.com.br

A revista científica *Olhar GDS* foi produzida pela Imos Gráfica. 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.