

olhar GDS

2009
nº 3



O método GDS de
Cadeias Musculares no
Exercício das Interações

Editorial

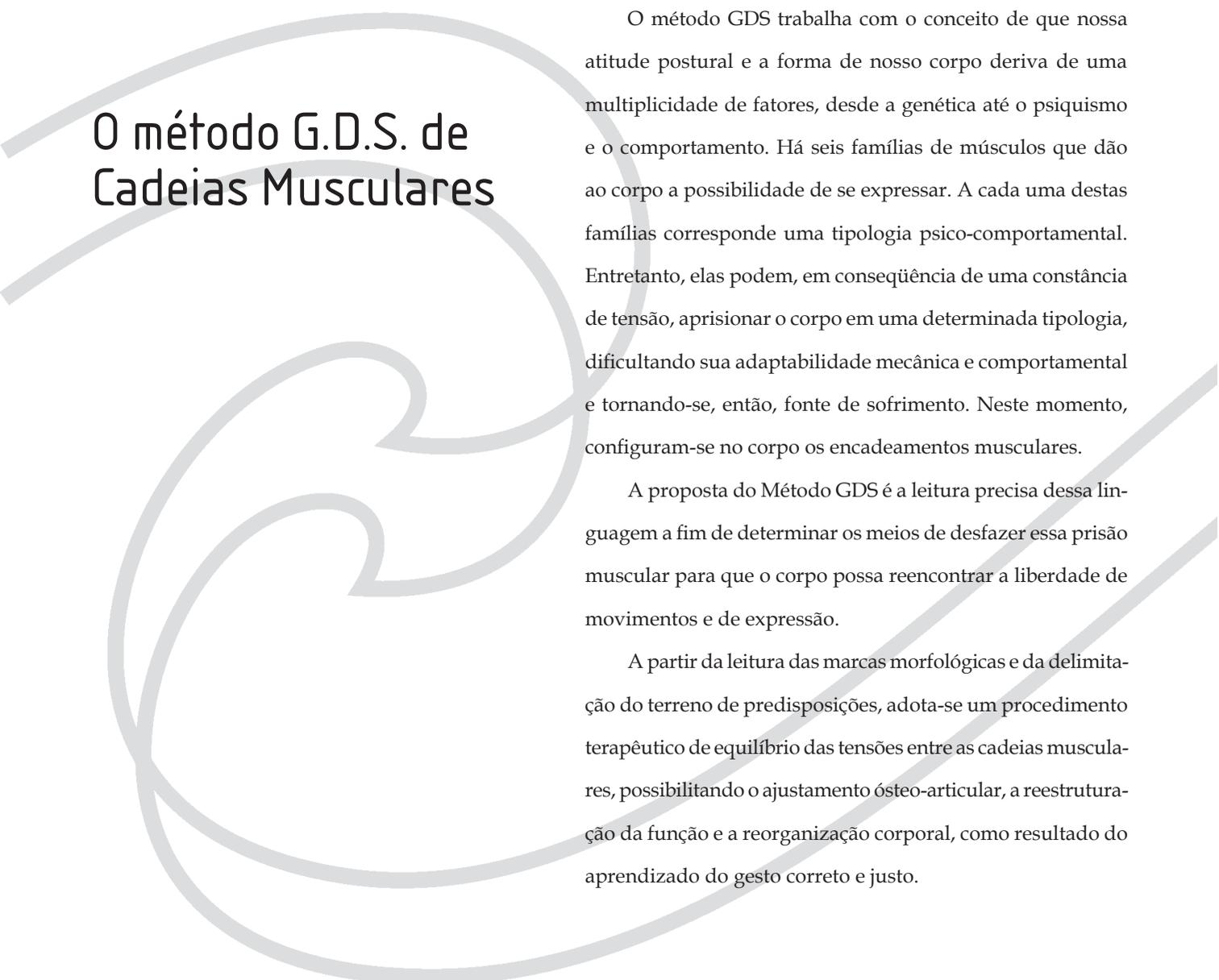
O último ano foi muito significativo para a Associação de Praticantes do Método GDS, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Alcançando progressivamente o reconhecimento da comunidade científica, a Formação GDS se estrutura com uma base comum para os diversos países. Atualmente, profissionais do Brasil, França, Bélgica, Espanha, Itália, Canadá, Polônia e outros têm acesso ao mesmo material didático, à mesma estrutura de cursos, com a mesma carga horária. Em nosso país, a consolidação de dois núcleos oficiais de ensino (no Rio de Janeiro e em São Paulo), trabalhando em parceria mútua com a APGDS, contribui para o crescimento da associação e para o aumento da notoriedade do método GDS no Brasil.

Alguns reflexos deste processo podem ser vistos nesta terceira edição de nosso periódico. A adequação das normas de publicação a padrões internacionais, o cuidado na revisão dos artigos e a versatilidade na escolha dos temas reflete o caráter abrangente e inovador, próprios do “olhar GDS”, sem perder de vista a necessidade de rigor na fundamentação teórica das questões abordadas.

A presença do método GDS em diversos eventos de cunho científico, nas universidades e na literatura, além da constância na promoção de cursos de pós-graduação com professores estrangeiros, confirmam o empenho da APGDS em difundir, em âmbito nacional, as idéias de Godelieve Denys Struyf e Philippe Campignon. Alcançamos, ainda, a grande conquista de promover duas Jornadas Científicas no mesmo ano: uma no Rio de Janeiro e outra em São Paulo.

Esperamos que o leitor possa transitar com fluidez pela diversidade dos temas desta revista, que trata de biomecânica e psiquismo; de teatro e postura; de subjetividade e estatística. Trata-se de mergulhar no exercício das interações entre os diversos campos do conhecimento, na tentativa de contribuir para a compreensão do humano em sua multiplicidade, em suas subjetividades, em sua construção psicocorporal, em sua mecânica, em sua globalidade.

Um forte abraço,
Conselho Diretor da APGDS



O método G.D.S. de Cadeias Musculares

É um método global de fisioterapia e de abordagem biomecânica e comportamental, que atua na prevenção, no tratamento e na manutenção da boa organização corporal. Criado e desenvolvido pela fisioterapeuta e osteopata belga Godelieve Denys-Struyf, nas décadas de 60 e 70, o método visa uma leitura precisa do gesto, da postura e das formas do corpo, favorecendo uma abordagem individualizada.

O método GDS trabalha com o conceito de que nossa atitude postural e a forma de nosso corpo deriva de uma multiplicidade de fatores, desde a genética até o psiquismo e o comportamento. Há seis famílias de músculos que dão ao corpo a possibilidade de se expressar. A cada uma destas famílias corresponde uma tipologia psico-comportamental. Entretanto, elas podem, em consequência de uma constância de tensão, aprisionar o corpo em uma determinada tipologia, dificultando sua adaptabilidade mecânica e comportamental e tornando-se, então, fonte de sofrimento. Neste momento, configuram-se no corpo os encadeamentos musculares.

A proposta do Método GDS é a leitura precisa dessa linguagem a fim de determinar os meios de desfazer essa prisão muscular para que o corpo possa reencontrar a liberdade de movimentos e de expressão.

A partir da leitura das marcas morfológicas e da delimitação do terreno de predisposições, adota-se um procedimento terapêutico de equilíbrio das tensões entre as cadeias musculares, possibilitando o ajustamento ósteo-articular, a reestruturação da função e a reorganização corporal, como resultado do aprendizado do gesto correto e justo.

Sumário

- 5
Uma abordagem GDS sobre a construção da imagem do corpo na criança
Renata Ungier e Aida Ungier
- 12
Avaliação da postura e da imagem corporal em Transtorno Depressivo
Maior: reflexão GDS
Janette Zamudio Canales e Ricardo Alberto Moreno
- 18
A reeducação motora pelo método GDS para o aprimoramento das técnicas
vocais
Alexandre de Mayor
- 27
O método GDS e o corpo do ator: em busca do equilíbrio psicofísico entre a
vida e a arte
Priscilla de Queiroz Duarte
- 36
Uma articulação do método GDS com a prática psicoterapêutica
Bárbara Schindler
- 40
Formação oficial no método GDS de Cadeias Musculares no Brasil
- 41
Agenda de cursos 2009-2010
- 42
Aconteceu na APGDS
- 46
Lista de Associados da APGDS
- 51
Normas para publicação



Resumo

A partir do relato do caso de um paciente pediátrico, submetido a tratamento pelo método GDS de Cadeias Musculares, este artigo pretende contribuir para o debate sobre o papel do fisioterapeuta frente a crianças com distúrbios ligados à má estruturação da imagem do corpo. A fundamentação teórica traça um paralelo entre a literatura do método GDS e marcos teóricos do campo da psicanálise e da psicomotricidade, como Piret e Béziers, Winnicott e Schilder. A descrição do tratamento do paciente em questão mostra a evolução da construção da imagem do corpo como resultado de um trabalho centrado na estruturação das cadeias do eixo fundamental descritas no método GDS. Tal conquista aponta para a relevância de se adotar estratégias terapêuticas que contemplem a criança em sua globalidade, sem desvincular a motricidade dos aspectos psico-comportamentais.

Palavras-chave: método GDS, cadeias musculares, fisioterapia pediátrica, imagem corporal, esquema corporal.

Uma abordagem GDS sobre a construção da imagem do corpo na criança

Renata Ungier¹
e Aida Ungier²

Associação entre certos distúrbios da coordenação motora e transtornos de comportamento fazem com que o fisioterapeuta se depare, muitas vezes, com pacientes infantis que apresentam sintomas ligados à má construção da imagem do corpo (Schilder, 1999), com queixas comportamentais por parte dos pais e da escola, e até mesmo com diagnósticos de doenças psíquicas. Ao tratar a queixa motora de tais pacientes, este fisioterapeuta não deveria desvinculá-la dos aspectos psico-comportamentais envolvidos.

Este artigo pretende relatar o caso de um paciente pediátrico, cujo tratamento fisioterapêutico seguiu os preceitos do método GDS de Cadeias Musculares (Struyf, 1997; Campignon, 2001). Espera-se contribuir para o debate sobre o papel do fisioterapeuta em um modelo ampliado de assistência, que leve em conta conceitos como globalidade e integralidade. Este tema já foi nosso objeto de estudo em pesquisas anteriores (Ungier, 2005) e aponta para o método GDS como estratégia de tratamento privilegiada neste contexto, exatamente por lidar com a questão da globalidade de forma extremamente abrangente. Nossa fundamentação teórica se fará a partir da literatura do método GDS e de marcos teóricos do campo do desenvolvimento psicomotor, especialmente Schilder e Winnicott.

Foco de nossa escolha terapêutica, o método GDS é um método global de fisioterapia e de abordagem comportamental, de prevenção, de tratamento e de reeducação, baseado sobre a compreensão do terreno predisponente. É ainda um método de leitura corporal e tratamento das disfunções do sistema locomotor, que propõe

1- Fisioterapeuta, Mestre em Saúde da Criança (IFF-Fiocruz), Membro da Associação Internacional de Professores do Método GDS

2- Psicanalista, Mestre em Teoria Psicanalítica (UFRJ), Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro

uma abordagem global do corpo a partir da relação entre os aspectos psico-comportamentais e a atitude postural (Campignon, 2001). A fundamentação teórica do método dedica uma especial atenção ao desenvolvimento psicomotor, pois considera que a atitude e as marcas corporais, assim como a chamada pulsão psico-comportamental, se constroem desde a concepção, a partir de múltiplos fatores (genéticos, comportamentais, psíquicos, culturais, históricos, ambientais, etc.). Neste processo, os primeiros anos de vida são de fundamental importância, pois é neste momento que as cadeias musculares e as estruturas psico-comportamentais vão se instalar – no corpo e no psiquismo – e estabelecer as relações entre si, seja de maneira saudável ou patológica (Struyf, 1996; Trindade, 2007).

Trabalharemos, neste estudo, com a idéia de imagem do corpo como a imagem tridimensional que temos de nós mesmos, uma percepção de unidade corporal que nos é dada a partir das sensações táteis, cinestésicas e visuais. Esta imagem se organiza como núcleo central da personalidade a partir da relação com o meio. Embora se possa distinguir teoricamente os termos imagem e esquema corporal, adotamos a opção de certos autores por considerar o conceito de imagem do corpo como uma função abrangente que engloba ambos os aspectos (Le Boulch, 1988; Schilder, 1999).

De fato, a dissociação entre a perspectiva neurofisiológica, que caracteriza o esquema corporal, das questões psíquicas, que envolvem o conceito de imagem corporal, cria uma dualidade que se opõe à nossa visão de globalidade. O método GDS parte do princípio de que o locomotor, o visceral e o psico-comportamental se mesclam permanentemente, de múltiplas maneiras, o que significa que a psicossomática é apenas uma das diversas vias possíveis (Campignon, 2001; Struyf, 1997). Este conceito se conecta ao pressuposto de Piret e Béziers (1992, p.13) de que “todo gesto é carregado de psiquismo, e o investimento do fator psicológico no movimento é análogo ao da motricidade no psiquismo”. Struyf (1997) e Campignon (2001) defendem a idéia de que o motor primário da atitude postural é a pulsão psico-comportamental, mas que, em contrapartida, a cristalização desta atitude no corpo pode influenciar o comportamento, constituindo uma via somato-psíquica. Neste sentido, as teorias de Schilder (1999) também corroboram com os preceitos do método GDS. O autor considera os padrões psicológicos como uma tendência e uma função, ao invés de um fator estático. Para ele, os processos emocionais geram, fortalecem e dirigem os

processos de construção do padrão da imagem corporal, auxiliados por sensações e pela percepção. Schilder postula, ainda, que o movimento e a dança contribuem positivamente para diminuir esta cristalização, pois o modelo postural se altera a cada gesto, dissolvendo a figuração inicial - fixada - e possibilitando ao corpo a permanente recriação de seus esquemas. Para ele, “a diminuição da rigidez da imagem corporal trará consigo uma determinada atitude psíquica. Assim, o movimento influencia a imagem corporal e nos leva de uma mudança da imagem corporal a uma mudança de atitude psíquica” (1999, p. 229). É por esta via que se configura a intervenção do fisioterapeuta praticante do método GDS, frente a pacientes que apresentem uma demanda psíquica muito evidente. A abordagem direta das questões ligadas ao psiquismo foge ao campo de trabalho deste profissional, porém, para que o olhar seja realmente globalista, é necessário que a via somato-psíquica seja contemplada. Para tanto, o método disponibiliza uma multiplicidade de estratégias terapêuticas.

O caso que será aqui abordado refere-se a um menino de 8 anos, que chamaremos pelo pseudônimo de Leo. Ele chegou a receber um diagnóstico de autismo, refutado pela psicanalista responsável por ele durante o período de seu tratamento fisioterapêutico, ainda que apresentasse transtornos psíquicos bastante importantes. No plano motor, seu encaminhamento se deu a partir da queixa paradoxal da mãe: “é uma criança muito agitada, porém muito passiva”; e do professor de educação física: “ele é ótimo no cognitivo, porém “vai mal no motor”. Em nossa experiência clínica, observamos, em diversas ocasiões, que uma causa frequente de encaminhamento de crianças ao fisioterapeuta é a questão da agitação excessiva (muitas vezes diagnosticada como transtorno do déficit de atenção com hiperatividade), geralmente associada à dificuldade na relação espacial (a criança esbarra nos móveis, está sempre cheia de hematomas, etc.).

O relato da mãe de Leo, na primeira avaliação, descreve uma criança que demanda sua atenção em tempo integral. Ela fala sobre as dificuldades na socialização (Leo não é “popular” na escola, como o irmão mais novo). Diz que Leo gosta de brincadeiras, mas somente se não houver regras estabelecidas, pois ele não gosta de regras. Relata com preocupação o fato de Leo fantasiar muito, ter amigos imaginários. Durante o tratamento fisioterapêutico, foi possível entrar em contato com este “mundo imaginário”, recheado de personagens constantes na vida de Leo. A mãe comenta, também, sobre os desenhos do filho, que revelam grande agres-

sividade e violência. Sua maior preocupação parece ser, entretanto, a performance social de Leo, sua popularidade, sua aceitação, a opinião da família sobre o menino. Leo estuda em uma escola tradicional, de orientação religiosa, frequentada pela comunidade social da qual sua família faz parte. Leo apresenta bom rendimento escolar, pois é uma criança extremamente inteligente, com um fascínio especial pela matemática. É capaz de fazer cálculos muito complexos para sua idade, e se mostra vaidoso por esta habilidade. De fato, se por um lado o seu relacionamento social é difícil, ele se faz respeitar por sua inteligência. A mãe refere ainda que seu filho detesta beijos. Ele se permite abraçar, mas nunca beijar. Tanto ela quanto o próprio menino relatam que ele detesta atividades físicas, especialmente o futebol. O pai nunca compareceu ao consultório, e discorda que seu filho necessite de tratamento.

No método GDS, considera-se que existem três estruturas que constituem o eixo vertical, ou eixo da personalidade fundamental: AM, PM e PA (figura 1). Estas estruturas, ligadas ao plano psico-comportamental, encontram-se em paralelo com atitudes posturais que se constroem a partir da ativação de encadeamentos musculares específicos, cuja localização no corpo dá origem às siglas que denominam tais estruturas (respectivamente, ântero-mediana, póstero-mediana e póstero-anterior). Durante o desenvolvimento psicomotor da criança, e mesmo durante o período gestacional, cada uma destas estruturas se organiza em uma sinergia permanente entre o plano motor e o psíquico.

Especialmente na criança, o desenvolvimento motor não se encontra, em nenhum momento, desatrelado do desenvolvimento psíquico. Tendo construído a base das três estruturas da personalidade, em seu corpo e seu psiquismo, a criança poderá vivenciar uma multiplicidade de experiências.

A estrutura AM, que no corpo é representada por músculos predominantemente situados na região ântero-mediana, é a primeira a se organizar, e de sua boa construção depende primordialmente a saúde psíquica do indivíduo que está se formando. A estruturação do AM está ligada à constituição do ego e do self (Winnicott, 1982a; 1982b), isto é, da noção de existir, percepção de si como um corpo integrado, da sensação de habitar este corpo. A maternagem, os cuidados com o bebê, o toque, o olhar e todo o conjunto de manifestações de afeto por parte da mãe ou cuidadora nutrem este AM e contribuem para toda esta construção (Struyf, 1996).

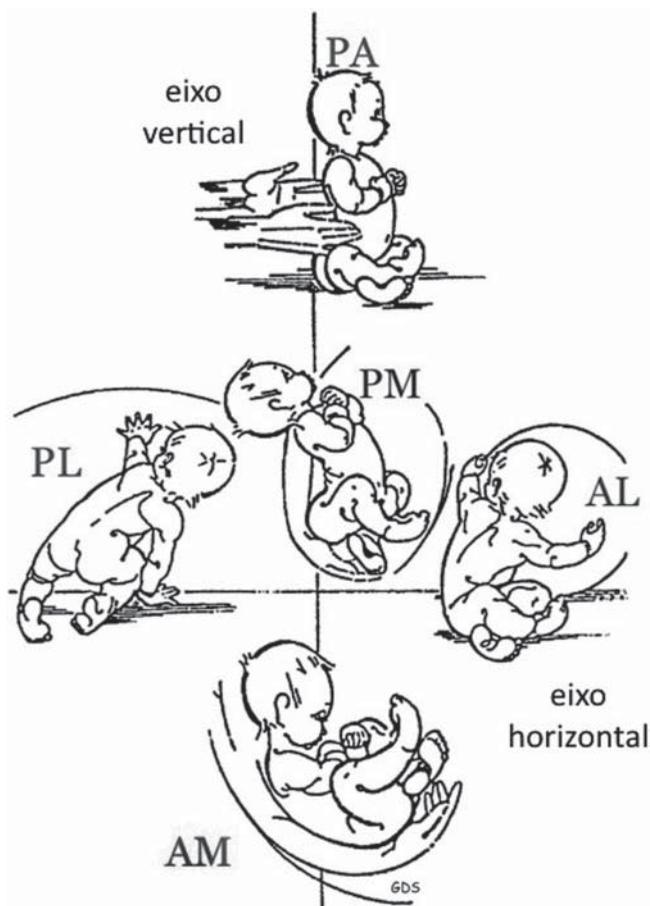


Figura 1: As estruturas do eixo vertical e do eixo horizontal (Campignon, 2001, p. 33)

Winnicott, pediatra e psicanalista britânico que se dedicou a examinar os primeiros passos do desenvolvimento humano, afirmou ser fundamental que o bebê tenha suas necessidades físicas e afetivas tão bem acolhidas, que experimente a ilusão de existir em unidade com o meio que o acolhe (1982a). Dito de outra forma, no início, do ponto de vista do observador, existe uma dupla, porém, do ponto de vista do bebê, há uma unidade mãe-bebê. Os cuidados prodigalizados pela mãe dedicada comum promovem a integração das diversas partes do corpo e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de que esta unidade "é o bebê". Trata-se de dois fenômenos fundamentais para a estruturação e o desenvolvimento do self: integração e personalização. A essa altura, o bebê pode sentir-se ele próprio, bem como podemos afirmar que uma psique habita um corpo. Progressivamente, ele adquirirá, também, o domínio sobre a consciência de espaço e tempo.

É importante ressaltar a importância da pele neste contexto. O toque da mãe vai criando no bebê a noção de contorno, de limites corporais, o que será fundamental na constituição da imagem do corpo e, em última análise, da organização deste AM, tanto do ponto de vista muscular quanto no desenvolvimento emocional (Struyf, 1990). 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. Sensibilidade profunda e pele nos permitem perceber a forma de nosso corpo”. A mãe suficientemente boa, descrita por Winnicott (1978a), seria aquela capaz de nutrir suficientemente o AM de cada bebê, para que a criança integre o psique-soma, imprimindo em seu corpo as marcas mecânicas fundamentais deste encadeamento muscular e possa passar para a etapa seguinte.

Se a estrutura AM corresponde simbolicamente à imagem da mãe, PM está ligada à figura do pai. AM dá ao bebê seus limites corporais, mas PM representa os limites externos, a lei, as regras. No corpo, o encadeamento muscular se situa predominantemente na região pósteromediana. Trata-se do encadeamento muscular responsável pela verticalização, pela estação bípede. No plano comportamental, vincula-se à ação, à performance, ao conhecimento, ao intelecto, à liderança, à realização de projetos, ao olhar para o futuro. Entretanto, se AM não tiver se construído adequadamente, esta PM pode levar a uma agitação excessiva, uma valorização extrema da performance e do “parecer”, uma permanente ansiedade, uma descorporalização. Sem a boa AM, não há boa PM, e a criança pode perder a noção de limites (corporais e sociais) e até mesmo sua percepção de existência (Struyf, 1996; Trindade, 2007).

A estrutura PA é representada, no corpo, por músculos situados profundamente no tronco e pescoço, com uma direção de fibras pósterio-anterior. Constitui, na verdade, uma estrutura dupla, com seu complemento AP (encadeamento ântero-posterior). PA e AP respondem, essencialmente, pela alternância: PA é a inspiração e AP, a expiração. No plano psico-comportamental, PA diz respeito à busca do ideal, à construção da individualidade, à espiritualidade, à expressão artística, à busca do belo, justo e correto, ao insight e, de forma simbólica, à “inspiração”. Está ligada ao aparelho psíquico e, conseqüentemente, aos transtornos do psiquismo. Seu duplo, AP (a “criança”, o caráter lúdico), é responsável pela adaptabilidade, pela saudável alternância de

comportamentos, pela possibilidade de desempenhar diferentes papéis.

A expressão destas estruturas, na relação com o meio ambiente, seja sob forma de extroversão / abertura, ou de introversão / fechamento, se dará pela via do eixo horizontal ou relacional (figura 1), composto respectivamente pelas estruturas PL (pósterio-lateral) e AL (ântero-lateral). Estas estruturas relacionais formam, com AP, a chamada tríade dinâmica. As dificuldades que Leo enfrenta nas interações sociais refletem um conflito nesta esfera.

Do ponto de vista biomecânico, os conceitos de todo GDS sustentam que é somente a partir de uma AM e uma PM bem constituídas que a PA poderá emergir. Assim, tanto o auto-crescimento reflexo, necessário para a saúde postural, quanto a possibilidade de perceber o mundo por uma via mais intuitiva, que leva ao insight e à conseqüente integração dos conceitos, dependem da liberdade de PA(AP). Esta, por sua vez, advém necessariamente de uma sólida estruturação de AM e PM, que estabelecem os pontos fixos mecânicos adequados e o bom enraizamento psico-comportamental.

No caso de Leo, observa-se uma maturação insuficiente na estruturação de AM, que se traduz na sua relação precária com o corpo e o espaço e em suas dificuldades emocionais, características de um desequilíbrio na relação entre as três estruturas do eixo fundamental (Trindade, 2007; Andre, 2007). A relevância atribuída pela mãe à opinião da família e à popularidade de Leo reforçam a ansiedade e a super valorização da performance intelectual. A carência de uma PM saudável se manifesta na falta de limites no comportamento do menino: não-obediência a regras, desrespeito à mãe, a babá e à própria fisioterapeuta, enfim, uma certa dose do que poderíamos chamar de “má educação”.

Segundo Winnicott (1978c), a falha no acolhimento precoce promove as mais variadas perturbações físicas e psíquicas. Como não pretendemos nos aprofundar no estudo dessas falhas, comentaremos, apenas, uma forma particular de reação do bebê a elas, falha essa que o autor denominou atividade anti-social. Neste caso, o objetivo do bebê é cobrar do meio a atenção não recebida, tornando-se, por isso, perito em perturbá-lo. Essas perturbações variam desde uma mal-estar físico passageiro, até a delinquência franca, percorrendo toda sorte de dificuldades no relacionamento com o outro: tornar-se especialmente bagunceiro, mentiroso, agressivo, bem como apresentar uma série de distúrbios orgânicos. O importante é conquistar a atenção faltosa. Para Winnicott,

todavia, na maioria das vezes, o meio cura: os cuidados prodigalizados nessas oportunidades compensam a ausência de continente no tempo devido. Entretanto, em alguns casos, se foi ultrapassado o espaço de tempo em que o bebê aguarda o cuidado sem desesperar, será necessário recorrer a algum atendimento especializado.

Pensando nas peculiaridades desse caso, recorremos, mais uma vez, a Winnicott (1982b). Ele afirma que, diante de um meio pouco confiável, o bebê pode se tornar perito em observá-lo, com a finalidade de decifrá-lo. Torna-se, assim, tão competente em prever os acontecimentos, esmiuçando o rosto da mãe, quanto um marujo em prever o tempo examinando o céu. Sendo assim, o intelecto (pensar / saber) se torna mais importante que o experimentar, dificultando a integração corpo-psíqué. Traçando um paralelo com o método GDS, pode-se dizer que se configura uma estrutura PM em excesso, sobre uma AM frágil. Vemo-nos às voltas com crianças extremamente capazes intelectualmente que, todavia, evidenciam uma vida afetiva atribulada ou empobrecida. Eles perdem a genuidade alcançada com a personalização, chegando mesmo a desenvolver defensivamente uma personalidade “como se”, um falso self (Winnicott, 1982b). Este falso self esconde, protege o verdadeiro self, de qualquer nova agressão. A agitação e a agressividade podem se manifestar, então, como uma possibilidade de resposta à falha ambiental. De fato, Winnicott (1978d) liga o conceito de agressão às idéias de atividade e motilidade, sendo fundamental para a estruturação no desenvolvimento emocional. A atividade / motilidade viabiliza a descoberta do meio ambiente, porém, quando o meio ambiente invade o bebê, esta motilidade se manifesta como uma reação à invasão, e não mais como fonte de experiências individuais.

Segundo Struyf (1996, p. 13), “ao tomar consciência daquilo que o bebê não vivenciou, podemos fornecer-lhe, com precisão, algumas informações complementares. Trata-se de experiências, vivências e sensações que sejam suscetíveis de compensar as faltas”. Para a autora, estas experiências podem ser proporcionadas de inúmeras formas, em qualquer etapa da vida, de maneira concreta ou simbólica. A partir deste pressuposto, desenvolve-se toda uma forma de abordagem terapêutica, que buscará imprimir no corpo vivências positivas, no sentido de permitir ao indivíduo integrar suas sensações e se construir como um ser “existente”. Através de experiências ricas em cada uma das estações dos eixos vertical (AM/PM/PA) e na tríade dinâmica (AL/PL/AP), será possível organizar estas estruturas no corpo e no psiquismo

da criança, permitindo uma melhor constituição de sua imagem do corpo e, conseqüentemente, da sua relação com o espaço.

Assim, no caso em questão, foi desenvolvido todo um trabalho de reconstrução da estrutura AM, sem perder de vista a necessidade de uma certa contenção PM. É importante deixar claro que, embora AM simbolize a noção de continente, de limites corporais, de contenção do ponto de vista afetivo, se faz necessária uma PM saudável para a contenção social representada pela observação das regras. Este tipo de contenção também confere à criança a sensação de segurança. De fato, a cada vez que a falta de limite no comportamento de Léo tinha como resposta uma atitude mais firme, ou até mesmo severa, por parte da fisioterapeuta, ele se acalmava e o vínculo terapeuta-paciente parecia se estreitar. Se, por um lado, se fazia importante a imposição das regras, a escuta e a flexibilidade constituíam, igualmente, uma fonte de experiências positivas, isto é, os limites eram dados, porém sem intransigência. Ao final de cada sessão, era frequente o menino solicitar lápis e papel, para fazer um desenho. É bastante interessante constatar esta necessidade de expressão (PA), depois da construção das duas outras estruturas do eixo fundamental (AM e PM).

A partir de todo este cenário teórico, pode-se descrever uma terapêutica que, em linhas gerais, seguiu um percurso de estimulação da consciência do esqueleto e do contorno corporal, assim como de uma ampliação do repertório de movimento. Para tanto, foram realizadas práticas diversas, especialmente a percussão dos ossos e impressão de sensações sobre a pele (pelo toque direto ou através de objetos). Além disso, procedeu-se a vivências que envolviam a contenção, como, por exemplo, envolver o paciente em mantas e almofadas, criando uma resistência e solicitando que ele se desvencilhasse progressivamente. Este tipo de estratégia aborda diretamente a estrutura AM. Propostas de jogos psicomotores e proprioceptivos, com a utilização de obstáculos em um circuito, também eram recebidos com entusiasmo por Leo, que costumava inclusive solicitá-las ao chegar ao consultório de fisioterapia. Nestes jogos, eram trabalhados conceitos como equilíbrio, adaptabilidade, capacidade de reação, percepção motora, sensibilidade e apoio (“enraizamento”), de uma forma bastante lúdica, tanto com regras bem definidas como permitindo uma certa liberdade criativa. Ou seja, estimulava-se a estrutura PA(AP), com alguns elementos AM e PM.

Embora existam diversos aspectos que poderiam ser discutidos, no que diz respeito à evolução do tratamento de Leo, este artigo pretende fazer um recorte, no que tange à questão da construção da imagem do corpo. Com esta finalidade, será descrito um episódio, que podemos considerar emblemático, sob tal ponto de vista.

Após alguns meses de tratamento, foi realizada uma sessão que, como muitas outras, objetivou a consciência do corpo, com sua estrutura óssea e com a integração de suas diversas partes. Para tanto, procedeu-se primeiramente à percussão de todo o esqueleto. Em seguida, foi realizado um procedimento em terapia manual, em decúbito dorsal, que consistia em um deslizamento sobre a pele, da extremidade de um membro superior à extremidade do membro inferior oposto, invertendo a cada vez o lado, de forma contínua e relativamente vigorosa, passando sempre pela pele, como centro de referência. De fato, não somente o centro de massa e de gravidade do corpo se localiza na região pélvica, como o método GDS preconiza que a pelve constitui a “encruzilhada” da biomecânica corporal, porta de entrada de tratamento em inúmeras situações (Campignon, 2001). A passagem de tensão entre o lado direito e esquerdo se dá pela via das fibras superficiais dos músculos latíssimo do dorso e glúteo médio contra-lateral (respectivamente cadeias AL e PL), enquanto que, do mesmo lado, ela se dá pelas fibras profundas dos mesmos músculos (cadeia PM) (Campignon, 2004a; 2004b).

No caso de Leo, este procedimento visava construir a sensação de interligação entre as extremidades, que se cruzam na pelve, no sentido de integrar a sensação global do corpo a partir de um centro bem estruturado.

Ao final deste trabalho, o menino pediu para fazer um desenho. Tendo recebido, então, lápis e papel, e ele se pôs a desenhar partes de um corpo: cabeça, tronco com membros superiores e membros inferiores. A fisioterapeuta logo percebeu que as partes estavam separadas. Foi surpreendida, entretanto, pela continuação: Leo, com seu fascínio pela matemática, incluiu, entre os segmentos, o sinal de adição. Em seguida, ao lado, colocou o sinal de “igual” e, finalmente, desenhou a figura completa, testemunha da sua inédita integração da imagem do corpo (figura 2). Leo concluiu sua obra escrevendo o nome da fisioterapeuta diversas vezes, tornando-a cúmplice da sua conquista.

Com o desenrolar do tratamento, ao longo de quase um ano, Leo tornou-se progressivamente mais calmo, menos refratário à aceitação de regras, melhor coordenado do ponto de vista motor, mais comunicativo.

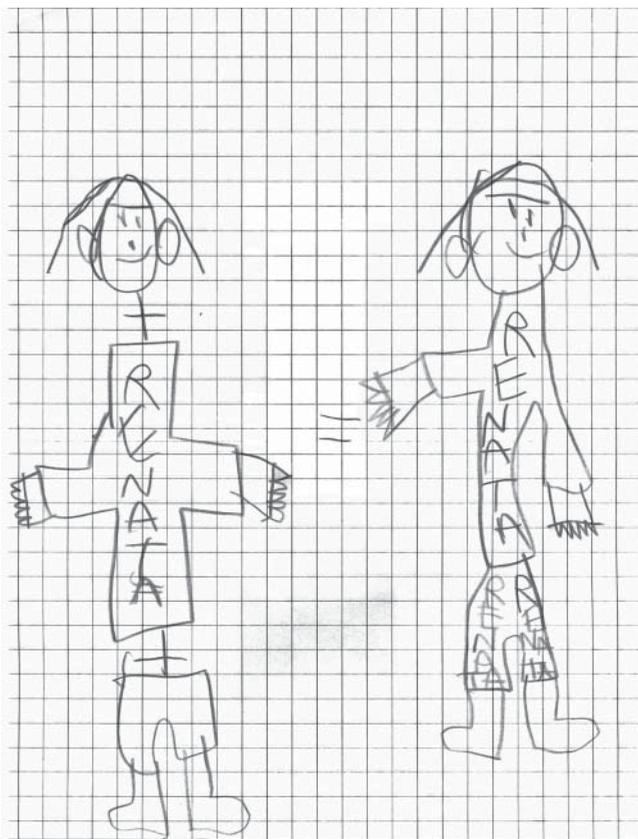


Figura 2 - Desenho realizado por Leo ao final da sessão de fisioterapia

Infelizmente, a mãe interrompeu o processo precocemente. Aliás, a psicoterapia também foi descontinuada na mesma época, como tantos outros tratamentos precedentes. A análise desta particularidade não cabe, entretanto, no escopo deste estudo que, como mencionado anteriormente, pretende se ater ao recorte preciso da questão da imagem do corpo. Leo teria, contudo, um longo caminho a percorrer ainda, que talvez possa ser retomado em outras terapias futuras.

Este episódio ilustra de maneira singular a importância de um trabalho corporal que contemple a criança de forma integral, sem desvincular os múltiplos aspectos envolvidos. O método GDS propõe uma abordagem que leva em conta o psiquismo e o comportamento, mesmo que a queixa primária seja “apenas” motora. No caso descrito neste estudo, a constatação da falha no desenvolvimento psicomotor levou a estratégias de tratamento que buscaram a reprogramação das estruturas básicas na construção do indivíduo, ou seja, das estruturas / cadeias do eixo vertical ou da persona-

lidade. Todo este contexto permite refletir sobre o papel do fisioterapeuta frente a pacientes que apresentem dificuldades de ordem psico-comportamental, indissociavelmente ligadas a questões motoras. Os resultados obtidos apontam para a relevância de se adotar métodos fisioterapêuticos mais globalistas – como é o caso do método GDS – no tratamento de tais pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andre D. Comment le petit d'homme, à partir de sa base de securité, construit son axe et son identité. *Inforchaines* 2007; 26: 14-16.

Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires - Concept G.D.S. - Aspects biomécaniques - Notions de base. Bruxelas: ICTGDS; 2001.

Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires - Méthode G.D.S. - Les chaînes antéro-laterales. Bruxelas: I.C.T.G.D.S.; 2004.

Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires - Méthode G.D.S. - Les chaînes postéro-laterales. Bruxelas: I.C.T.G.D.S.; 2004.

Le Boulch, J. O desenvolvimento psicomotor do nascimento até 6 anos: a psicocinética na idade pré-escolar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Piret S, Bézières M-M. A Coordenação motora: aspecto mecânico da organização psicomotora do homem. São Paulo: Summus; 1992.

Schilder P. A imagem do corpo - as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Struyf GD. Réflexions pour un petit prématuré. Bruxelas: ICTGDS, 1990.

Struyf GD. Accompagner nos enfants et préserver l'enfant en nous. Bruxelas: ICTGDS, 1996

Struyf GD. Les chaînes musculaires et articulaires. Bruxelas: ICTGDS, 1997.

Trindade A. Gestos de cuidado, gestos de amor – orientações sobre o desenvolvimento do bebê. São Paulo: Summus, 2007.

Ungier R. Interações biomecânicas entre a organização postural global e a respiração: um olhar ampliado sobre a fisioterapia dirigida a crianças com doença respiratória. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira (IFF-Fiocruz). Rio de Janeiro, 2005.

Winnicott, DW. Preocupação materna primária (1956). In: Winnicott, DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Ed. Ltda.; 1978a. p. 491-498.

Winnicott, DW. A tendência Anti-Social (1956). In: Textos

selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Ed. Ltda; 1978c. p. 499-512.

Winnicott, DW. Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Ed. Ltda; 1978d. p. 355-374.

Winnicott, DW. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In: O ambiente e os processos de maturação. Porto alegre: Artes Médicas; 1982a

Winnicott, DW. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960). In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982b

Resumo

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é caracterizado por humor deprimido, alteração no apetite, perturbação do sono, energia reduzida, cansaço e fadiga. Sabe-se através de relatos observacionais que o paciente depressivo apresenta mudança na postura, mas não há estudos que avaliem esta alteração quantitativamente. A imagem corporal está intimamente ligada à postura, pois determina as diferenças e a plasticidade da organização postural. O objetivo deste estudo foi avaliar quantitativamente a postura e a imagem corporal em pacientes com depressão durante o episódio e após tratamento medicamentoso. Foram avaliados 34 pacientes depressivos e 37 pacientes saudáveis com idade entre 28-50 anos. A postura foi avaliada através de fotos digitais na posição ortostática nos planos frontal, posterior e sagital utilizando o software CorelDraw. A imagem corporal foi avaliada utilizando o *Body Shape Questionnaire*. Conclui-se que os pacientes com depressão apresentam alteração da postura corporal no episódio com: flexão acentuada da cabeça, abdução da escápula, retroversão pélvica e aumento da cifose torácica. Pela visão GDS o paciente depressivo fica mais numa posição que lembra a cadeia AM e seu comportamento revela que ele se volta mais para ele mesmo, em uma interiorização. Com relação à imagem corporal, os pacientes apresentam insatisfação com o próprio corpo. Pode-se dizer que o paciente depressivo apresenta alteração da postura e insatisfação da imagem corporal, influenciados pelos sinais e sintomas da depressão.

Palavras-chave: postura, imagem corporal, depressão.

Avaliação da postura e da imagem corporal em Transtorno Depressivo Maior: reflexão GDS

Janette Zamudio
Canales e Ricardo
Alberto Moreno

Segundo Kaplan e Sadock (1993) a depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns dos adultos, e tem como característica o humor deprimido, alteração no apetite, perturbação do sono, energia reduzida, cansaço, fadiga, motivação diminuída e ansiedade. Moreno et al (2007) afirmam que observações clínicas relatam que a aparência do paciente deprimido pode ser percebida durante a entrevista por meio da expressão facial triste, do olhar melancólico, da testa franzida, dos ombros e postura curvada sem movimentos espontâneos. A postura do paciente depressivo foi relatada apenas por relatos observacionais.

Sabe-se que existem alguns fatores condicionantes da postura: os fatores orgânicos, mecânicos, emocionais (Brito Jr, 1995), flexibilidade, força muscular e os hábitos (Kendall, 1996).

Para Darwin (2000), a postura reflete, frequentemente, a atitude mental. Os estados de exaltação, confiança e satisfação ajudam na manutenção da atitude mental e, da mesma forma, é manifestada por uma postura ereta e alerta. Por outro lado, a atitude mental deprimida é refletida por uma postura desleixada (Rasch, 1977).

Segundo Denys-Struyf (1995), o corpo é linguagem e exprime na postura aquilo que, às vezes, as palavras não conseguem expressar. É uma expressão psicorporal, da qual os músculos são os principais instrumentos. Por ser um resultado do equilíbrio entre as partes do corpo, a postura também é um indicador do equilíbrio emocional do indivíduo. Utilizamos nosso corpo, a partir daquilo que percebemos e experimentamos, para traduzir nossas emoções e nossa vivência. Cada impulso determina

gestos preferenciais, e a repetição desses gestos fixa uma tipologia.

A compreensão da postura aborda o conceito de imagem corporal. A postura e a imagem corporal estão intimamente ligadas. A imagem corporal determina as diferenças e a plasticidade da organização postural. Como ocorrem contínuas alterações de posições, e de percepções táteis e visuais a cada instante, o modelo postural vai sendo remodelado à medida que os detalhes se alternam, criando novas formas (Shilder,1994).

Para Slade (1994) a imagem do corporal é a imagem que temos em nossas mentes do tamanho, contorno e forma de nossos corpos, bem como nossos sentimentos com relação a estas características e as partes constituintes de nosso corpo. Dessa forma, a imagem corporal teria dois componentes principais: um componente de percepção, relacionada à estimação do tamanho corporal e um componente de atitude, relacionada ao afeto e cognição. As alterações da imagem corporal podem ser encontradas tanto em transtornos neurológicos como em transtornos psiquiátricos, a maioria dos estudos sobre a imagem corporal está relacionada a transtornos alimentares.

Os relatos sobre a postura em pacientes depressivos são apenas observacionais e a maioria dos estudos sobre a imagem corporal é realizada em transtornos alimentares avaliando apenas os sintomas depressivos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliados 34 mulheres e homens entre 20 e 50 anos com diagnóstico de TDM de acordo com o DSM-IV TR¹⁵ com pontuação *Hamilton* -D-17, no episódio depressivo (semama 1) ≥ 18 e na remissão parcial ou total (semana 8 -10) ≤ 14 , que deveriam estar em acompanhamento no GRUDA (Grupo de Estudos de Doenças Afetivas) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. O grupo controle foi composto de 37 voluntários sadios incluindo homens e mulheres entre 20 a 50 anos e não apresentavam historia familiar ou pessoal de transtorno psiquiátrico.

A avaliação postural foi realizada através da fotogrametria que é uma técnica de caráter quantitativo que permite mensurar os ângulos e as distâncias entre as referências ósseas e pode ser considerado confiável na determinação dos desalinhamentos posturais (Iunes et al, 2005). Foi utilizado um simetrógrafo, com um tripé posicionado a uma altura de 1m e a uma distância de 2,70 m do simetrógrafo, e uma base de apoio posicionada em frente a este, todos nivelados com bolha. Os pontos anatômicos foram identificados e assinalados a partir de

palpação dos limites externos dos ossos e foram marcados com adesivos e bolas de isopor de 15 mm, para serem visualizados em vista lateral. O paciente estava vestido em trajes de banho, e foram realizadas fotografias em quatro poses na posição ortostática: frontal, posterior, sagital (esquerda e direita). Os ângulos e as distâncias entre as referências ósseas foram quantificados em graus e centímetros, respectivamente, e foram calculados com auxílio das linhas traçadas através do software *Coreldraw* v.12.0, com base nas linhas de referência do simetrógrafo e nos pontos ósseos marcados.

Foram assinaladas as seguintes referências ósseas: maléolo lateral, cabeça da fíbula, trocânter maior do fêmur, espinha ilíaca anterior e superior, cervical (C7), torácica (T3, T6,T9, T12), lombar (L3, L5), S1, ângulo inferior da escápula e acrômio.

No plano sagital direita e esquerdo foi avaliada a flexão da cabeça, protrusão do ombro, inclinação pélvica, cifose torácica, lordose lombar e a postura do joelho. No plano posterior foi avaliada a abdução da escápula, e a postura do tornozelo. Para a avaliação da imagem corporal foi utilizado o questionário BSQ (*Body Shape Questionnaire*), com 34 questões de autopreenchimento, que mensura nas últimas quatro semanas, a preocupação com a própria imagem. Segundo Cordás (1994), a classificação é feita pela ordenação das pontuações obtidas pela soma dos pontos e categorias: ≤ 80 sem insatisfação, entre 81 - 110 insatisfação leve, entre 111 - 139 insatisfação moderada, ≥ 140 insatisfação grave segundo a tabela a seguir.

RESULTADOS

Na comparação das variáveis posturais entre o episódio e a remissão, houve diferença significativa para: postura da pelve sagital esquerdo ($p=0,012$), postura da escápula sagital esquerda ($p=0,046$), cifose torácica direita e esquerda ($p<0,001$, $p<0,001$), postura da cabeça sagital ($p<0,001$, $p<0,001$)(Tabela 1). Na comparação entre o grupo depressivo na remissão e o grupo controle, houve diferença apenas para a postura do ombro ($p=0,022$) (Tabela 2). Com relação à imagem corporal (BSQ), o grupo depressivo no episódio apresentou pontuação de $90,03 \pm 38,46$ e na remissão pontuação de $75,82 \pm 35,30$, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,012$). O grupo controle apresentou médias $62,57 \pm 23,04$ do BSQ e na comparação com o grupo depressivo na remissão não houve diferença significativa ($p=0,519$)(Tabela 3).

Variáveis posturais		T D M		
		Episódio	Remissão	p-valor
		média (d.p.)	média (d.p.)	
Postura da cabeça (°)	D	37,56 ± 10,57	52,06 ± 6,35	<0,001*
	E	36,88 ± 11,03	51,85 ± 5,99	<0,001*
Postura do ombro (cm)	D	1,79 ± 0,62	1,76 ± 0,54	0,730
	E	1,79 ± 0,59	1,66 ± 0,59	0,155
Postura da escápula (cm)	D	2,67 ± 0,68	2,44 ± 0,51	0,124
	E	2,65 ± 0,52	2,47 ± 0,50	0,046
Cifose torácica (°)	D	139,32 ± 4,61	145,06 ± 5,00	<0,001*
	E	140,06 ± 5,06	145,62 ± 5,15	<0,001*
Lordose lombar (°)	D	147,8 ± 7,58	147,03 ± 7,26	0,162
	E	147,74 ± 7,99	147,59 ± 7,32	0,898
Postura da pelve (°)	D	10,00 ± 4,04	10,82 ± 3,63	0,093
	E	10,12 ± 4,04	11,62 ± 2,86	0,012*
Joelho no plano sagital (°)	D	177,71 ± 5,40	178,62 ± 5,50	0,259
	E	177,94 ± 4,63	178,62 ± 4,35	0,373
Postura do tornozelo (°)	D	5,24 ± 2,49	4,85 ± 1,82	0,229
	E	4,58 ± 3,00	4,12 ± 2,61	0,607

Tabela 1: Comparação das variáveis posturais no grupo TDM na semana 1 e semanas 8-10 nos lados sagital direito e esquerdo. Teste t-pareado ou Teste Wilcoxon (p = desvio padrão; (°) = graus; (cm) = centímetros; * = diferença estatisticamente significativa; D=direita; E= esquerda)

Variáveis posturais		T D M	Controle	p-valor
		Remissão		
		média (d.p.)	média (d.p.)	
Postura da cabeça (°)	D	52,06 ± 6,35	53,92 ± 5,35	0,288
	E	51,85 ± 5,99	52,57 ± 5,06	0,588
Postura do ombro (cm)	D	1,76 ± 0,54	2,04 ± 0,46	0,022*
	E	1,66 ± 0,59	2,02 ± 0,60	0,012*
Postura da escápula (cm)	D	2,44 ± 0,51	2,51 ± 0,48	0,322
	E	2,47 ± 0,50	2,53 ± 0,46	0,743
Cifose torácica (°)	D	145,06 ± 5,00	145,05 ± 5,99	0,769
	E	145,62 ± 5,15	146,19 ± 5,72	0,682
Lordose lombar (°)	D	147,03 ± 7,26	144,76 ± 6,15	0,127
	E	147,59 ± 7,32	145,70 ± 6,68	0,137
Postura da pelve (°)	D	10,82 ± 3,63	11,38 ± 4,14	0,575
	E	11,62 ± 2,86	11,51 ± 3,75	0,896
Joelho no plano sagital (°)	D	178,62 ± 5,50	178,76 ± 4,34	0,560
	E	178,62 ± 4,35	179,92 ± 4,45	0,138
Postura do tornozelo (°)	D	4,85 ± 1,82	4,57 ± 2,03	0,842
	E	4,12 ± 2,61	4,2 ± 2,25	0,513

Tabela 2: Comparação das variáveis posturais entre o grupo TDM semanas 8-10 lados direito / esquerdo e controle. Teste de Mann-Whitney e ou ANOVA (d.p. = desvio padrão; (°) = graus; (cm) = centímetros; * = diferença estatisticamente significativa, D=direita ; E= esquerda)

	Grupo TDM			Grupo Controle	
	Episódio	Remissão	p-valor*	média (d.p.)	p-valor**
	média (d.p.)	média (d.p.)			
BSQ	90,03 ± 38,46	75,82 ± 35,30	0,012*	62,57 ± 23,04	0,127

Tabela 3: Valores médios, desvio padrão e p-valor para IMC, no grupo de depressivos e controle.

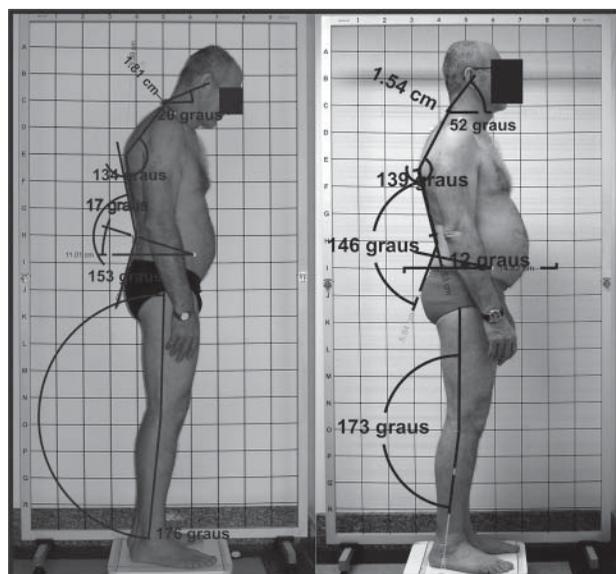


Figura 1: Paciente no episódio depressivo e na remissão no plano sagital direito.

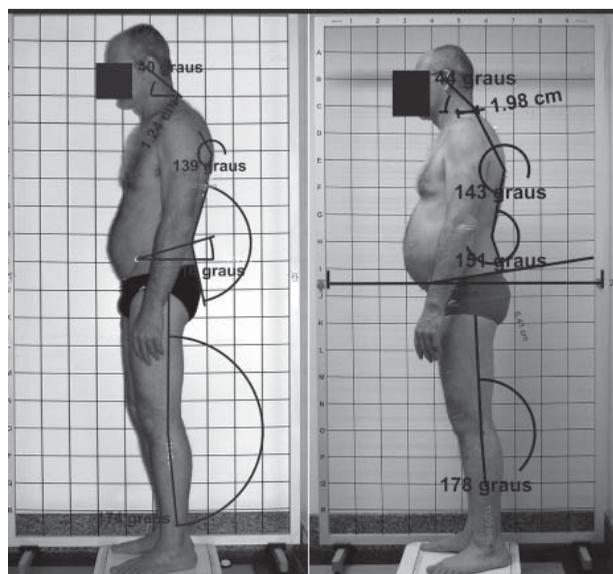


Fig. 2 - Paciente no episódio depressivo e na remissão no plano sagital esquerdo.

DISCUSSÃO

Variáveis Posturais

Os pacientes durante o episódio depressivo apresentaram uma diferença da inclinação anterior da cabeça de aproximadamente 15 graus. Esta diferença é muito significativa e para Magee (2005) os músculos cervicais posteriores, trapézio e semi-espinhal da cabeça teriam que contrabalançar o peso da cabeça que em caso de inclinação anterior, causam tensão no ligamento da nuca. Essa tensão pode causar dor, compressão óssea e inflamação da fáscia.

Há um aumento acentuado da cifose no episódio que diminuiu na remissão. Esta diferença foi de aproximadamente 5,56 graus. Magee (2005) afirma que a postura cifótica compromete a musculatura, diminuindo a flexibilidade dos músculos do tórax anterior (intercostais), dos músculos do membro superior originados no tórax (peitoral maior e menor, grande dorsal e serrátil anterior), dos músculos da coluna cervical e da cabeça

(levantador da escápula e trapézio superior). Houve uma tendência à retroversão pélvica que diminuiu na remissão com diferença de 1,5 graus entre episódio e remissão. Segundo Kendall (1996), os músculos que mantêm um bom alinhamento da pelve, tanto ântero-posteriormente quanto lateralmente são de vital importância na manutenção do alinhamento geral da coluna.

A escápula esquerda teve uma leve abdução que diminuiu na remissão. Esta alteração concorda com o aumento da curvatura cifótica, pois a escápula se localiza na mesma região desta curvatura. Para as outras variáveis posturais não houve significância. Desta maneira podemos afirmar que o paciente depressivo no episódio apresentou alteração da postura e podem levar a consequências sintomatológicas como dor, tensão, compressão óssea e encurtamento muscular interferindo em um bom funcionamento da musculatura esquelética.

Imagem corporal

A imagem corporal é um construto multifacetado, por isso Tiggemann (2004), em sua revisão concluiu que atualmente as investigações têm maior foco com a aparência física, em particular com a forma corporal e peso e ressalta que se deve ampliar o conceito de imagem corporal. Existem evidências de que a mídia promove distúrbios da imagem corporal e alimentar associados ao peso (Stice et al., 1999).

Muitos estudos relatam alteração e a insatisfação da imagem corporal em transtornos psiquiátricos para Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno Dis-mórfico Corporal que também apresentam sintomas depressivos (Matos et al. 2002). Mas neste estudo o paciente depressivo no episódio também apresentou uma insatisfação leve com a imagem corporal. Na remissão observou-se que sua própria visão corporal melhora, pois não apresentam insatisfação.

A visão GDS

O método de Cadeias e técnicas G.D.S. é um método de abordagem psico-postural, psico-gestual, psicomecânico e morfológico (em suma, uma abordagem psico-corporal) que define para quem, por que, como escolher uma via mais do que outra (Denys-Struyf, 1985). Podemos definir como sendo um método global de fisioterapia e abordagem comportamental, de prevenção, tratamento e manutenção, baseado na compreensão do terreno* de predisposições.

As cadeias musculares no método GDS são comportamentais, ligadas à expressão, ao terreno predisponente e não no sentido estritamente muscular. Nosso corpo fala e se exprime, não somente falando da pulsão psicocomportamental, mas também das famílias de músculos que falam dependendo das circunstâncias e que dão a forma ao corpo e este por fim leva a mensagem.

O método considera seis formas primárias de expressão corporal ligadas aos grupos musculares que são constituídas por 6 letras do alfabeto do corpo : AM-PA-PM-AP-PL-AL

O método de cadeias GDS comporta algumas estratégias, todas designadas por um nome de código, inspirado numa imagem símbolo: o homem no centro de um círculo, uma roda, um pentagrama, uma estrela, uma lemniscata. Todos os símbolos designam uma abordagem diferente.

A onda é também uma estratégia, que mostra a imagem de um bebê que cresce (Figura 4). Denys - Struyf utiliza o termo *revivenciar o jogo*. Quando analisamos o adulto na estratégia da onda, é viver a infância, mas não no sentido de fazer uma regressão, mas significando uma origem ou um início de qualquer coisa que vive: uma gestação, uma eclosão, um crescimento, uma autonomia.

“Uma sinusóide, uma onda, uma vaga para representar um ciclo de crescimento e de ciclos de evolução. Nas nossas vidas, as vagas se sucedem vagas de crescimento para fazer crescer em nós a vida, a consciência, a autonomia, o humano”.

Observando e analisando a postura através da visão cadeias muscular GDS notamos que o episódio depressivo é um momento da onda onde o paciente apresenta desânimo, tristeza que é característico da própria depressão e sua postura com a cifose acentuada, a flexão da cabeça, a abdução da escápula e tendência a retroversão pélvica nos revela uma interiorização. A remissão também é outro momento da onda, pois após tratamento medicamentoso o paciente apresenta mais disposição para a vida com uma mudança do humor e sua postura assume mais seu biótipo.

No episódio depressivo o paciente apresenta uma tendência à cadeia ântero-mediana (AM), mas não é sua cadeia de base. A sigla AM designa, sobretudo os aspectos o arquétipo da “mãe”. AM é se construir, tomando consciência da mãe que precisamos encontrar dentro de nós mesmo. AM está sempre na procura de um invólucro que lhe de segurança, é afetiva, sentimental e de natureza sensorial.

A pessoa que adota essa maneira de utilizar seu corpo, não se sente necessariamente bem nessa expressão corporal, ou seja, a atitude não corresponde necessariamente as suas escolhas, mas resulta de um processo que ela suporta. Da mesma forma observamos que o paciente apresenta não só uma alteração da postura como uma insatisfação com o próprio corpo. Na remissão o paciente melhora e não apresenta insatisfação com o corpo.

(*) terreno: delimitar um terreno para finalidades terapêuticas, seria fazer uma mescla entre características e potencialidades genéticas, às experiências vividas por cada indivíduo. É um termo utilizado por Godelieve Denny-Struyf para traduzir a predisposição de cada indivíduo em adotar determinadas posturas e formas de movimento, assim como desenvolver certas patologias.

Mme Struyf diz:

*“A FORMA,
uma escrita que contém a VIDA.
Estar petrificado, fixado numa forma,
é diminuir a VIDA.
Mas nosso caminho,
é de nutrir nossas formas
de um ar de liberdade,
é de brincar com outras formas.
É continuar a nos formar,
nos informar, para evoluir”*

CONCLUSÃO

A postura “depressiva” tem características da cadeia AM, mas não é sua base, pois há na realidade um retorno a sua tipologia de base. Há uma relação positiva entre episódio depressivo, alteração da postura e insatisfação da imagem corporal, influenciados pelos sinais e sintomas do Transtorno Depressivo Maior.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à Ft. Rita Wada pela ajuda no desenvolvimento desta reflexão GDS, mostrando uma outra visão do meu estudo e revivendo em mim as experiências do módulo psicocomportamental na formação em cadeias musculares GDS.

REFERÊNCIAS

- Brito Jr, C. A. de. Alterações Posturais. In: Lianza, S. Medicina de Reabilitação. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995; 257.
- Darwin C. A expressão das emoções no homem e nos animais. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
- Denys- Stryuf G. Cadeias Musculares e Articulares. O método G.D.S. 4ª ed. São Paulo. Ed. Summus, 1995.
- Denys- Stryuf G. Cahiers du Chaînes GDS.1985; nº1.
- Iunes DH, Castro FA, Salgado HS, Moura IC, Oliveira AS, Bevilaqua-Grossi D. Confiabilidade intra e interexaminadores e repetibilidade da avaliação postural pela fotogrametria. Rev Bras Fisioter. 2005; 9(3): 327-34.
- Kaplan IH, Sadock BJ. Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. Ed. Artes Medicas.1993; 386-401.
- Kendall FP, Mc Creary EK. Músculos: provas e funções. São Paulo: Ed. Manole. 3a ed.1996; 69-118.
- Magee JD. Avaliação Musculoesquelética. 4ª ed. São Paulo. Ed. Manole, 2005; 869-898.
- Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Josué B, Zanella MT. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(4):165-9.
- Moreno DH, Dias RS, Moreno RA in Psiquiatria Básica. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed 2007.
- Rasch PJ, Burke RK. Cinesiologia e Anatomia Aplicada..5ª ed. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1977.
- Schilder,P. A imagem do corpo: as Energias Construtivas da Psique.São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- Slade PD. What is body image? Behavioral Reseach Therapy. 1994; 32(5): 497-502.
- Stice E. Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge-eating disorder. J Clin Psychol. 1999;55(6):675-83.
- Tiggemann M. Body Image across the adult life span: stability and change. Body Image 1(2004) 29-41.

Resumo

O presente artigo descreve um trabalho de reeducação postural para aprimoramento da técnica vocal, segundo o Método GDS de Cadeias Musculares e Articulares, realizado em uma jovem cantora lírica, avaliada por sua professora como soprano. No exame físico observou-se que a paciente encontrava-se em uma pulsão PA-AP, uma vez que apresentava um alinhamento das massas pélvica, torácica e cefálica no eixo vertical. As modificações biomecânicas verificadas estão correlacionadas com o comprometimento da adequada técnica vocal, pois alteraram o volume da cavidade bucal e o comportamento mecânico da laringe. As estratégias de tratamento empregadas consistiram em conscientizar a postura e a função respiratória, reequilibrar a passagem de tensão pelos encadeamentos miofasciais, ajustar os controles entre as cadeias musculares e restabelecer as boas relações de pontos fixos musculares.

Palavras-chave: método GDS, cadeias musculares, fisioterapia, canto lírico, voz

A reeducação motora pelo método GDS para o aprimoramento das técnicas vocais

Alexandre de Mayor

O presente artigo foi desenvolvido a partir de uma conferência apresentada na III Jornada Científica da APGDS, realizada em agosto de 2008 no Rio de Janeiro, cujos temas abordavam o método GDS no exercício das interações entre diversas disciplinas. Por essa razão, me propus a expor um assunto que hoje faz parte da minha prática de consultório, mas que, inicialmente, me exigiu uma interação com outros campos do conhecimento não associados diretamente à área da saúde. O objeto deste estudo foi o canto lírico e esse artigo irá abordar, portanto, a reeducação motora pelo método GDS para o aprimoramento das técnicas vocais.

O canto, de um modo geral, envolve a participação de muitos profissionais. Porém, é o professor quem tem o papel de avaliar o potencial musical do aluno, assim como suas necessidades. O que se observa, na maioria dos casos, principalmente quando há distúrbio dos órgãos vocais, é que a indicação é direcionada para um otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo. Com relação às questões biomecânicas, nota-se que são poucos os profissionais que compreendem a existência de uma relação entre o corpo e a voz.

Foi a partir de um paciente que me procurou para tratamento de uma cervicalgia, que comecei a me envolver com as questões do canto. Esse paciente era advogado e tinha o desejo de ter o canto lírico como profissão paralela. Durante a avaliação, ele relatou que as aulas de canto geravam um grande esforço respiratório e, por conta própria, começou a fazer natação na tentativa de melhorar esta função. Foi discutido que não adiantaria tratar o sintoma sem identificar a causa. No “flash” de perfil observou-se que o paciente estava funcionando psicocorporalmente em PA e evidenciava-se um grande tórax PM

Fisioterapeuta, Membro da associação de professores do Método GDS, especialista em terapia intensiva (Unesa-RJ) e em envelhecimento e saúde da pessoa idosa (ENSP-Fiocruz)

bloqueado em inspiração como a principal marca. O tratamento fisioterapêutico consistiu em reorganizar a função rítmica da respiração e restabelecer a boa fisiologia muscular de cada cadeia em seu respectivo feudo. A melhora foi rapidamente observada por sua professora, que passou a me indicar alguns de seus alunos. A cada nova avaliação, percebia sempre o mesmo discurso: “recebi a sua indicação para aprender exercícios para as cordas vocais”. Eu os perguntava se haviam trazido o “manual de funcionamento” dos seus corpos. Para minha surpresa, poucos deles ao menos sabiam dizer onde se localizava o diafragma e, por essa razão, convidei-os a perceber a física agindo nos seus corpos.

Segundo Boone e McFarlane (1994), a voz humana é produzida pelas cordas vocais situadas na laringe, quando postas em vibração pelo fluxo de ar expelido pelos pulmões. Sua intensidade depende da elasticidade (espessura) das cordas vocais e da relação entre o volume e a velocidade de ar (fluxo) que passa entre elas. Quanto maior a frequência de vibração, mais aguda é a altura percebida da voz. Além disso, o som produzido é reforçado pelas estruturas supra laríngicas que servem como caixa de ressonância. Portanto, o som é movimento e a voz é o resultado de uma biomecânica que é própria de cada indivíduo.

O canto lírico e o canto popular apresentam algumas diferenças. A principal refere-se à região em que a melodia foi escrita. A música lírica é composta na tonalidade de cada qualificação vocal (soprano, meio soprano, tenor, contralto, barítono e baixo), já a música popular pode variar a tonalidade conforme a comodidade vocal de cada cantor. Com relação à mecânica, o canto lírico trabalha com um fluxo de ar mais forte e uma ressonância supra glótica, enquanto que no canto popular é comum a “voz de peito”. Por essa razão, a técnica do canto lírico é mais complexa, pois além da respiração, da dicção e do timbre, há o trabalho direcionado para o aumento da extensão vocal (grave, médio, agudo e super agudo). Só com o aprimoramento da extensão vocal é possível projetar a voz sobre uma orquestra e alcançar todo o espaço de um teatro, sem o uso de microfones. A Figura 1 mostra, em um teclado de piano, como são qualificadas as vozes no canto lírico segundo a extensão vocal. É importante lembrar que, em um indivíduo, a voz falada e a voz cantada se processam da mesma forma, uma vez que a constituição anatômica e fisiológica são as mesmas. Assim, deve ocorrer uma concordância entre elas. Caso contrário, o cantor estará mal classificado e, desta forma, trabalhando com uma tonalidade que

não corresponde à sua característica biomecânica. Isto prejudicará o desenvolvimento de seu potencial vocal, podendo desenvolver uma patologia nos órgãos vocais e, na tentativa de compensar, desorganizará a mecânica corporal global.

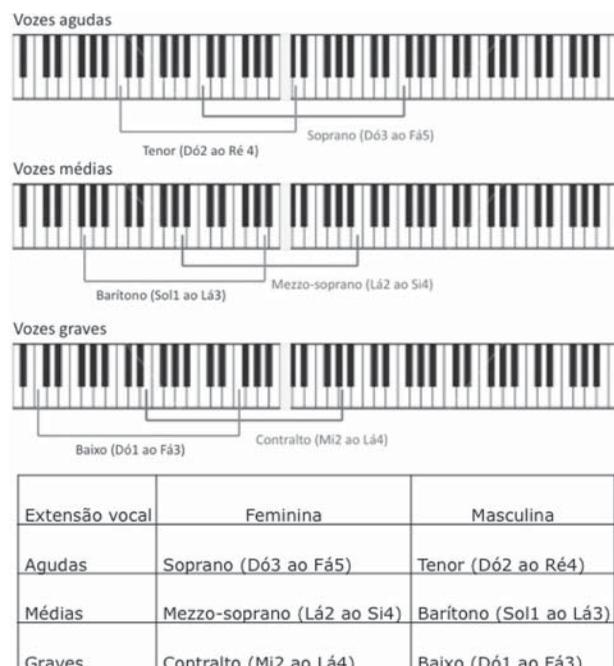


Figura 1: Qualificação das vozes no canto lírico segundo a extensão vocal.

Para descrever um trabalho de reeducação postural, realizado com o objetivo de aprimoramento da técnica vocal, segundo o Método GDS, apresento o caso clínico de uma cantora jovem de 23 anos, neste período ainda amadora, avaliada por sua professora como soprano, que apresentava, como queixa principal, o esforço para a sustentação dos sons agudos a partir da nota Lá da 4ª oitava (figura 2).

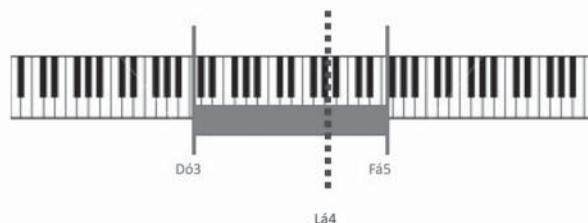


Figura 2: Extensão vocal da paciente (soprano) e esforço.

No “flash” observou-se que a paciente encontrava-se em uma pulsão PA-AP. Embora seu corpo não apresentasse marcas expressivas desta cadeia muscular, constatou-se um alinhamento das massas pélvica, torácica e cefálica no eixo vertical (figura 3).

Do ponto de vista psicocorporal, a estrutura PA sem AP expressa uma retidão, um rigor e até mesmo intransigência, um ideal muitas vezes acima das possibilidades (Struyf, 1995). De fato, a paciente relatou ter vindo morar no Rio de Janeiro, com sua irmã, para fazer faculdade de música e ter acesso a professores que a pudessem orientar nesse seu projeto profissional. Nesse sentido, parece que esse ideal vem se construindo nesta paciente pela busca do conhecimento e pela necessidade de organização de uma nova vida, longe de sua família, ou seja, um modo de funcionamento predominantemente PA, porém com algumas características PM.

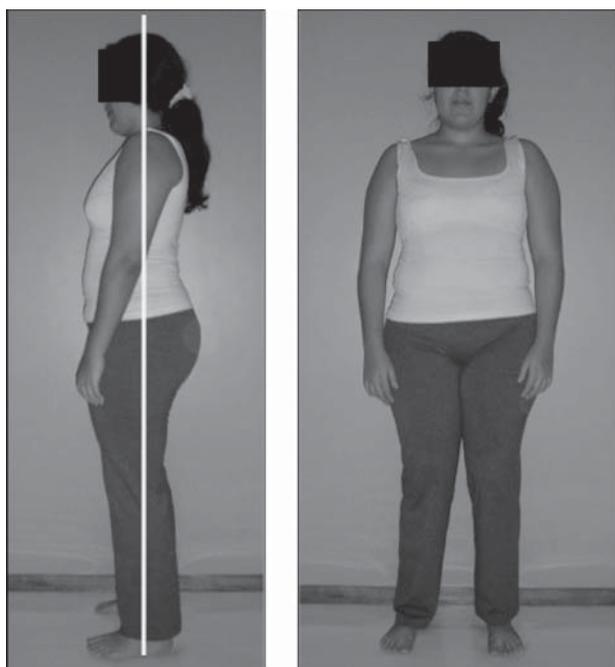


Figura 3: Avaliação postural no plano frontal e perfil.

Uma PA precisa de AP para flexibilizá-la. Quando cercada de AM, proporciona a consciência do corpo e cria a noção de continente e, com a PM, permite formar a idéia de consistência, do suporte ósseo que dará a possibilidade da sustentação. É desta forma que se constrói um terreno que proporcionará a PA emergir e integrar todas as estruturas corporais dentro de um eixo. Struyf (1995, p. 98) acrescenta que “PA-AP simboliza a justeza, que não está unicamente na verticalidade e a justa organização ou disposição dos segmentos do corpo em relação a uma linha reta. Esta justeza porém, somente é justa se incorpora a linha curva, os caminhos tortos e os meandros que caracterizam a vida”. A partir dessa análise psicocorporal, comprova-se a importância de

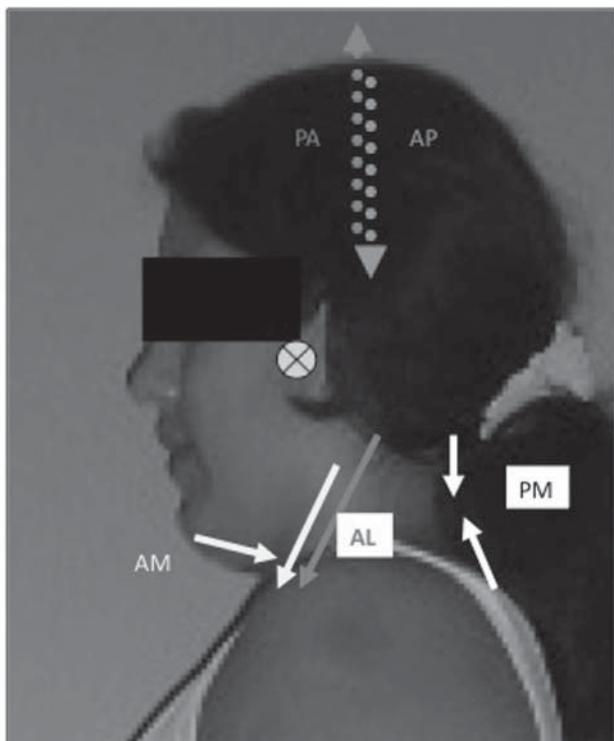
preservar esse terreno AP, o que permitirá AL e PL de trabalhar nas relações e nas alternâncias.

Para poder compreender as relações psicocorporais apresentadas, Campignon (2008) assinala que a distinção entre o que pertence ao domínio do genético e do adquirido, ao longo da vida, são complexas. Ele lembra que Struyf apresenta a noção do “potencial de partida”, ou seja, os indivíduos nascem com vazios a serem preenchidos. É na quantidade e na qualidade do preenchimento deste potencial que os indivíduos se diferenciam entre si. Cabe ao meio familiar e ao ambiente o preenchimento desse potencial, mas quando esse meio vai contra esse potencial, as cadeias miofasciais específicas da estrutura psicocorporal em carência deixarão marcas de sua expressão no corpo. Isso permite destacar que não é possível dissociar no ser humano seus aspectos físicos dos não físicos. Sendo assim, esse modo de leitura corporal constitui somente uma ferramenta de análise que abrange os múltiplos aspectos que compõem a globalidade dos indivíduos.

Estas informações, portanto, não têm o objetivo de classificar, apenas refletem um modo de funcionamento do momento, o que possibilita traçar o “fio condutor” do tratamento e explorar de modo criativo as novas circunstâncias apresentadas pelo paciente a cada sessão.

Assim, com relação às marcas encontradas na paciente, sejam elas úteis ou desorganizantes, fruto da contínua construção psicocorporal, pode-se verificar uma PM útil nos membros inferiores, permitindo um adequado alinhamento vertical da bacia e, no tronco, um boa relação com AM, no que se refere à colocação da cifose dorsal. Nos membros inferiores e na bacia foi possível notar que AM encontra-se bem marcada, e nesta região também pode-se observar uma relação com AL sem evidências de conflito sacro-ilíacos. Nesta situação pode-se pensar em uma ação de AL ajudando AM a “ancorar” o corpo ao chão. Isso fica bem visível no membro inferior direito, principalmente na articulação do joelho, onde verifica-se uma compressão femorotibial externa e uma fíbula baixa rodada externamente. A paciente não refere quadro algíco de nenhuma natureza, nem dificuldade para realização de quaisquer atividades funcionais.

O desequilíbrio se manifestava predominantemente por PM na parte alta do tórax e na região cervical. Isso se revelava pelo posicionamento mais horizontal do esterno que implicava em uma distensão das fibras anteriores do músculo diafragma. Além disso, pode-se observar um achatamento entre as massas torácica e céfalica em função da elevação dos ombros e da rotação interna do



M. Hioidianos (AM)
M. escaleno anterior (AM)
Feixe esternal do M. ECOM (AM) e clavicular (AL)

M. Semi-espinhal da cabeça (PM)
Feixe céfálico do M. Dorsal longo (PM)

Fixação posterior do osso temporal esquerdo induzida por M. ECOM (AM e AL) e desvio lateral da mandíbula à direita por ação do M. pterigóide lateral inferior (AL) que toma ponto fixo no osso esfenoide.

Figura 4: Influência das cadeias musculares na região cervical e crânio.

úmero impressas por AL nesta região. Esse excesso de tensão miofascial de PM e AL potencializaram, na região cervical e na articulação temporomandibular, uma recuperação por AM. No crânio, a cadeia AL, que está mais ativa à esquerda, desvia lateralmente a mandíbula à direita, durante o movimento de abertura (figura 4). Isso ocorre devido à fixação mais posterior do osso temporal induzida pela ação do esternocleidomastóideo (AL) esquerdo e, assim, o músculo pterigóide lateral inferior (AL) esquerdo toma como ponto fixo o osso esfenoide, determinando essa assimetria (Campignon, 1998; 2008). A disfunção resultante das modificações apresentadas podem comprometer a adequada técnica vocal, uma vez que modificaram o volume da cavidade bucal e o comportamento mecânico da laringe.

A laringe, por exemplo, durante a emissão vocal em frequência habitual de fala, deve estar em posição de repouso. Quando abaixa, favorece a emissão dos sons graves pelo aumento da extensão do trato vocal.

Ao se elevar, reduz a extensão do trato vocal, favorecendo a emissão de sons agudos. Por sua vez, o avanço dos lábios alongam a cavidade de ressonância bucal ao mesmo tempo em que estreitam o orifício de saída do som, o que favorece um timbre sonoro grave. A língua também exerce influência sobre o volume da cavidade bucal e os movimentos da laringe, agindo também sobre a qualidade da emissão sonora. Em posição alta e anterior, a cavidade bucal fica pequena e o som achatado, metálico e agudo. Já em posição baixa, a cavidade bucal amplia-se, o timbre torna-se pleno e rico em harmônicos graves (Souza, 2006).

O que pode ser observado na paciente é uma ação sinérgica excessiva entre as cadeias AM e PM comprometendo a ação de PA na região (feudo), onde esta cadeia deveria imprimir sua marca imprescindível para a boa fisiologia mioarticular. Em função disso, as estruturas da fala apresentam uma mecânica comprometida em sua liberdade de movimento. Do ponto de vista

respiratório, a paciente tem, predominantemente, um padrão apical, misto (nasal e bucal) e com bloqueio nas costelas por excesso de tensão miofascial da cadeia PL. Esse quadro mostra uma relação interessante entre PL e AL. Enquanto PL se manifesta com PM para aumentar o volume anterior e lateral do tórax, AL faz presença no membro inferior para ajudar AM a construir uma base de sustentação sólida. A cargo destas relações biomecânicas examinadas, entende-se que a função dos diafragmas faringiano, torácico e pélvico, responsáveis pela fisiologia pressórica fica comprometida, o que influencia, sobretudo, a ritmicidade respiratória, como já descrito por Campignon (1998). Desta forma, fica evidente a necessidade de inserir uma abordagem sobre a mecânica global, mesmo com a finalidade específica de aprimoramento das técnicas vocais.

As sessões, de um modo geral, começavam com alguns comentários sobre as atividades da semana e o foco, na maioria das vezes, envolvia as aulas de canto e as novas percepções despertadas. Mesmo quando aparecia um outro assunto, o tema sempre girava em torno do canto, uma vez que seus amigos estavam envolvidos com as mesmas questões. Ela fazia aulas de línguas, para o aperfeiçoamento da dicção nos diversos

idiomas do repertório operístico. Trabalhava como professora de iniciação musical para crianças, o que veio a contribuir de modo bem significativo no seu processo de percepção corporal e a permitiu ver em seus alunos algumas questões que trabalhávamos nas sessões. Além disso, para dar os primeiros passos profissionalmente como cantora, começou a realizar pequenos recitais com um grupo de amigos. Ao longo do tempo, a paciente se mostrava mais consciente das questões biomecânicas envolvidas no seu caso, o que proporcionou uma participação bastante ativa no tratamento. Ela passou a adicionar, à sua rotina diária de exercícios de canto, os trabalhos propostos nas sessões.

Entre as modificações corporais mais relevantes, evidenciaram-se a diminuição da ação de AM sobre o recuo da mandíbula, a instalação da marca útil de AL sobre a cintura escapular, permitindo um maior espaço para a coluna cervical e o ganho de ritmicidade dos músculos de PA-AP no âmbito respiratório, como pode ser observado na figura 5.

Struyf (1995) assinala que, psicocorporalmente, a PM é vivida no avanço, na impaciência, no futuro e no risco. Por outro lado, AM constrói esse futuro a passos medidos, de forma a se enraizar e realizar uma obra



Figura 5: Modificações posturais observadas ao longo do tratamento.

para durar. Ao longo do processo terapêutico ficava cada vez mais visível que a evolução corporal não se restringia apenas aos aspectos mecânicos. Era possível notar o quanto ela era determinada no seu desejo de ser cantora. Neste sentido, foi possível constatar que a organização de AM e PM favoreceram PA a emergir, não só do ponto de vista estrutural, mas também na construção da individualidade, na expressão artística e na busca de um ideal em todos os níveis. Ou seja, o que a paciente vem demonstrando é que esse momento está sendo vivido de modo pleno e equilibrado.

As estratégias de tratamento empregadas consistiam em conscientizar a postura e a função respiratória, reequilibrar a passagem de tensão pelas cadeias miofasciais, ajustar os controles entre as cadeias musculares e restabelecer as boas relações de pontos fixos musculares.

Uma vez que a paciente não tinha uma bagagem de informações entre as interações biomecânicas globais e a função da fala, a primeira parte das sessões foram destinadas às vivências corporais da estrutura óssea, da pele e dos músculos, à relação entre elas na organização da postura na estática e nos movimentos funcionais, especialmente na respiração. Entre as dinâmicas trabalhadas, foi a percepção do equilíbrio em pé sob o ponto de vista das massas corporais, das alavancas e dos pivôs, que obteve o melhor resultado. A partir do deslocamento do corpo em diversos planos do espaço, foi possível mostrar-lhe o comportamento dos segmentos corporais e a interdependência entre as diversas estruturas. Foi de fundamental importância, ainda, a conscientização da

preservação dos joelhos “desaferrolhados”, ou seja, de uma boa fisiologia do quadríceps, sem hiperextensão. Esta função tem efeitos diretos sobre a organização da massa cefálica, pois, como preconiza Mezières (apud Struyf, 1996, p. 54), “não existe bom porte de cabeça sem quadríceps” (figura 6).

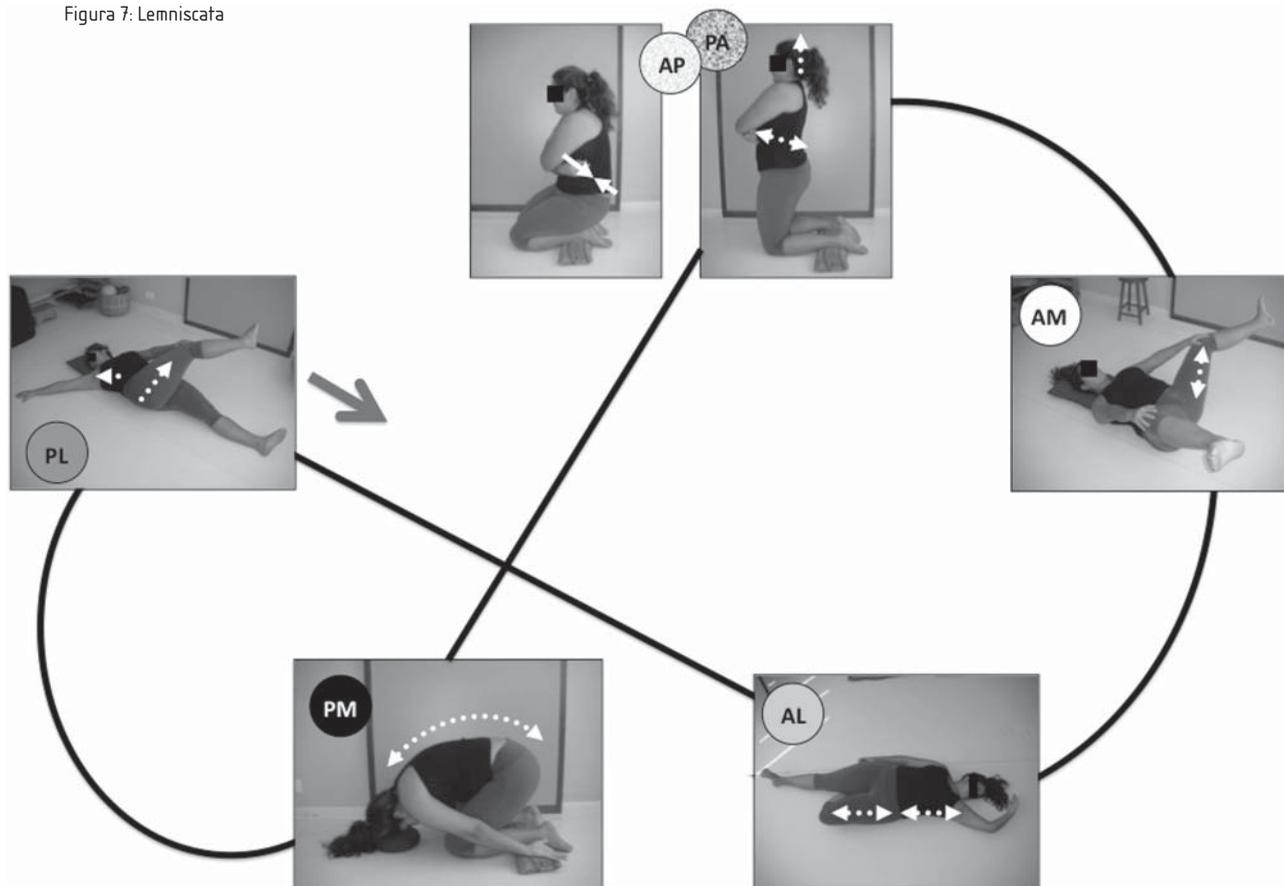
Em seguida foi dedicada atenção ao reequilíbrio da tensão nas cadeias miofasciais através da lemniscata. A figura 7 demonstra um circuito realizado na bacia com a função de distribuir de forma mais equilibrada a tensão para os demais segmentos do corpo. Como a paciente apresentava marcas das cadeias AM e AL nos membros inferiores, marcas estas consideradas aceitáveis por não interferirem excessivamente na boa fisiologia mioarticular, optou-se por um trabalho dinâmico que abrangesse muitos segmentos corporais, sendo de fácil realização e capaz de estimular uma participação mais efetiva no tratamento.

Com o objetivo de ajustar os controles entre as cadeias musculares e restabelecer as boas relações de ponto fixo, foram selecionadas manobras de terapia manual para regularizar a ação dos músculos das cadeias anteriores e posteriores na região cervical e cefálica, sobretudo os músculos hioidianos (AM) por apresentarem uma íntima relação com a laringe e os músculos da cadeia PM (semi-espinhal da cabeça e o feixe cefálico do dorsal longo) com o seu prolongamento pela aponevrose epicraniana até a região frontal. Para isso, a paciente foi posicionada inicialmente na maca em decúbito dorsal, com um travesseiro sob a cabeça para diminuir a báscula posterior, como pode ser verificado na figura 8. Sob os



Figura 6: Percepção do equilíbrio em pé

Figura 7: Lemniscata



Aponevrose Epicraniana



M. Digastrico e M. Estiloióide

Figura 8: Manobras de terapia manual para ajustamento do controle muscular.

joelhos, também foi colocado um apoio para aliviar as tensões na região lombar.

Em seguida foi trabalhada a relação entre os músculos masseter (AL) e temporal (PL) com a finalidade de permitir a máxima abertura mandibular sem que ocorresse extensão cervical pelos músculos da cadeia PM. A manobra consistia em atenuar a fixação do osso temporal à esquerda para, em seguida, reprogramar a marca útil do esternocleidomastóideo em direção ao esterno. Com relação aos músculos de PA e AP, estes foram estimulados durante os movimentos alternados de extensão no eixo vertical e de recuperação da curva cervical durante as fases da respiração. Para diminuir a tensão do músculo transverso do abdome e do músculo diafragma, solicitou-se à paciente contornar a borda anterior e inferior do gradil costal até o ângulo de Charpy. Com os dedos entrando por baixo das costela, associou-se uma tração para baixo do gradil costal no momento da expiração. Já na inspiração, o posicionamento dos dedos resistiam à descida do centro frênico e à elevação das costelas, com o objetivo de relaxar as fibras mais anteriores do músculo diafragma. Após esta etapa, foram realizados traços reflexos nos músculos de PA, os sub-occipitais e os rotadores (figura 9). A ação sinérgica dos músculos de PA com os músculos de AL já trabalhados, possibilitaram a horizontalização do olhar e o alinhamento da massa cefálica na posição de pé. Campignon (2005) ressalta a importância de um bom alinhamento cefálico, uma vez que este fornece as informações imprescindíveis para o sistema vestibular atuar sobre a orientação espacial e, também, na coordenação motora. Após toda a seqüência realizada, a paciente relatava conseguir uma maior abertura mandibular com menor desvio lateral.

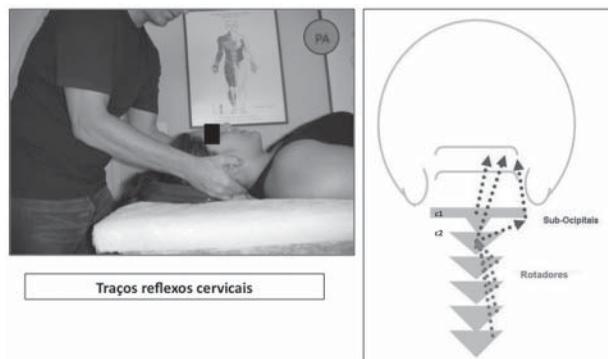


Figura 9: Manobras de terapia manual - Traços reflexos.

Para finalizar a sessão, procedeu-se às manobras de “accordage” para coordenar a transmissão da tensão e restabelecer a boa relação de ponto fixo muscular entre as cadeias que apresentam ponto fixo em direção opostas. A figura 10 demonstra uma das manobras realizadas com a intenção de coordenar a ação de PM com o dorsal longo, ponto fixo caudal, e a ação de PA, com ponto fixo cefálico, pelo músculo levantador da costela. A afinidade entre as cadeias PM e PA na região torácica é de fundamental importância para um adequado movimento de elevação e rotação das costelas durante a fase inspiratória (Campignon, 1998).

Ao colocar a paciente em decúbito ventral pode-se verificar que durante a fase expiratória a cadeia AP passou a recuperar a lordose cervical. Esta constatação foi de suma importância, uma vez que a reinstalação das lordoses fisiológicas na expiração é própria de uma relação de saudável alternância entre PA e AP, que possibilita uma boa ritmicidade respiratória e favorece a flexibilidade e adaptabilidade psicocorporal.

O musicista Ótto Károlyi (2002) propõe que “a música é, ao mesmo tempo, uma arte e uma ciência. Portanto, ela deve ser, ao mesmo tempo, emocionalmente apreciada e intelectualmente compreendida”. Uma das múltiplas formas de compartilharmos esta reflexão, seria pensar o tema a partir da ótica do corpo: música é arte, uma vez que é uma fonte de expressão psicocorporal, e é ciência, pois se insere entre as capacidades biomecânicas. Ciência e arte não podem ser vistas separadas, assim como Struyf afirma que as questões da mecânica corporal não se dissociam das questões psíquicas e existenciais. O método GDS de Cadeias Musculares e Articulares, ao entender o ser humano na globalidade, permite ampliar o modelo de assistência fisioterapêutica, tornando a atuação deste profissional extremamente abrangente.

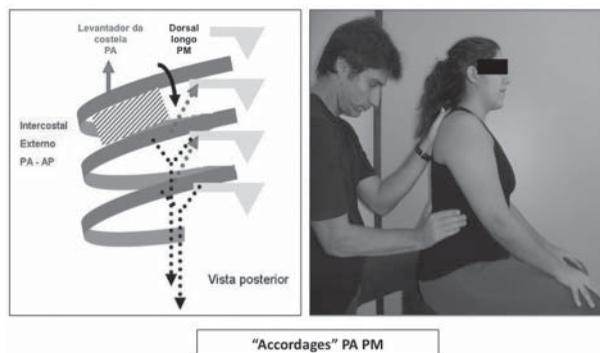


Figura 10: Manobra de “accordage” entre as cadeias PA e PM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boone DR e McFarlane SC. A voz e a terapia vocal. Porto Alegre: Artes Médicas, 5ª edição; 1994.

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

Campignon P. Cadeias Ântero-laterais - Cadeias Musculares e Articulares – Método G.D.S. São Paulo: Summus; 2008.

Campignon P. Respir-Ações. São Paulo: Summus; 1998.

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

Denys-Struyf G. Le manuel du méziériste – Tome I. Paris: Frison-Roche; 1996.

Ótto Károlyi. Introdução à música. São Paulo: Martins Fontes, 2ª edição; 2002.

Souza D.P.D. et al. Avaliação fonoaudiológica vocal em cantores infanto-juvenis. Rev CEFAC, São Paulo, 2006;8(2):216-222.

Resumo

Utilizando-se do relato de uma pesquisa prática, este artigo apresenta considerações sobre a aplicação de alguns princípios do método GDS no desenvolvimento de uma metodologia para o treinamento corporal e vocal do ator teatral, na perspectiva da preservação e manutenção da fisiologia e da prevenção de desequilíbrios psicofísicos. Partindo da premissa de que o ator é um ser humano que usa o corpo como instrumento de trabalho, essa pesquisa busca possibilidades para um redimensionamento de sua expressão, tanto na vida quanto na arte.

Palavra-Chave: consciência corporal; treinamento corporal; treinamento vocal; ator; teatro.

O método GDS e o corpo do ator: em busca do equilíbrio psicofísico entre a vida e a arte

Priscilla de Queiroz
Duarte

O gesto opera maravilhas, o gesto do artista, do músico, do escultor, a coordenação do acrobata... Este gesto que brinca e que cria, é símbolo divino. É também o gesto que cura, não se sabe como, o gesto que acalma. Todos estes gestos que realizam o inexplicável e todos estes mil pequenos milagres do quotidiano também. Esta reunião de circunstâncias, sorte, acaso, ou estas manifestações de algo em nossos espíritos e nossos corações. Em nossos gestos existe algo que "gira redondo", que se movimenta bem, que nos convém e que triunfa.(...) O equilíbrio não é um ponto imóvel no meio de alguma coisa, mas é uma balança que oscila. Ou então, um pião de pé, erguido sobre a ponta; quando pára de girar, ele cai.

Godelieve Denys-Struyf (2007, p. 54)

A "REDESCOBERTA DO CORPO" NO TEATRO

Em 1927, o diretor teatral Jacques Copeau, fundador da célebre *École du Vieux Colombier*, declara: "Sendo o drama, antes de tudo, ação e, na sua essência, uma dança, a operação primordial do ator em sua busca por uma técnica não é intelectual, mas física, corpórea." (Copeau apud De Marinis, 1993, p. 1)

Durante o século XX, o uso da palavra como principal meio de expressão artística no teatro sofreu grande crítica. O eixo da questão dizia respeito à perda da fisicalidade original do teatro e sua sujeição à literatura. "Reteatralizar o teatro" era a palavra de ordem dos grandes reformadores no início do século. Neste contexto, o corpo do ator, sua presença física, adquire uma importância substancial no acontecimento teatral. Por-

tanto, o redimensionamento do lugar da palavra na cena, a reateatralização do teatro e a redescoberta do corpo do ator¹ são três aspectos estreitamente relacionados nas experiências de ponta do teatro moderno.

A “redescoberta do corpo”, no entanto, é um fenômeno que vai muito além do âmbito teatral. O vasto e complexo movimento conhecido como *Körperkultur*, que floresceu no final do século XIX e início do século XX, predominantemente nos países de cultura germânica, percorreu diversas modalidades expressivas de forma transversal: da ginástica ao esporte, dos banhos de mar à reforma no vestuário (em particular do feminino, com a abolição do espartilho), da afirmação do naturismo ao nudismo. A “cultura do corpo” resultou em uma verdadeira revolução na mentalidade, na higiene, no uso do tempo livre, na educação, na expressão quotidiana e artística, concretizando-se em pesquisas de novos sistemas de vida e de educação física. Nasceram assim novos métodos de ginástica “que buscavam um desenvolvimento conjunto e harmônico do corpo e da psique, através de exercícios rítmicos, quase sempre muito livres e individualizados, fundados em leis do movimento do corpo humano e em suas aplicações que, com frequência, tiveram desenvolvimentos artísticos.” (Casini-Ropa 1987, p. 298)

Neste contexto, despontam nomes como: Bess Mensendieck, e sua ginástica formativa feminina, que “não corrige a natureza, mas eleger o belo da natureza no próprio corpo”; Hade Kallmeyer e sua “ginástica harmônica”, dedicada às meninas aspirantes ao teatro ou à dança; François Delsarte, que define leis “naturais” do movimento, determinantes da expressividade humana; Loïe Fuller e sua dança de “véus luminosos”, que animam o espaço; Isadora Duncan e o rompimento com os cânones da dança clássica; Steiner e a “palavra visível” (Eurritmia); Feldenkrais e sua ciência (e poesia) do corpo em movimento e da mente em ação; Gurdjieff e sua dança como instrumento de liberação e ascese, em busca da “ação consciente”. Os ecos da *Körperkultur* fizeram-se ouvir no âmbito teatral, sobretudo através dos teóricos e pesquisadores Emile Jacques-Dalcroze e Rudolf von Laban. A “ginástica rítmica” de Dalcroze, que nasceu como pedagogia da música para crianças, foi o instrumento para transformar o ritmo em movimento

consciente e tornou-se estudo obrigatório para jovens atores. Por sua vez, um dos primeiros resultados das pesquisas de Laban, a “dança livre”, identifica o movimento como “agente direto da alma”. As complexas teorias do movimento de Laban evoluíram na elaboração de uma verdadeira “ciência do movimento”. Em sua escola os alunos aprendiam a liberar e transmitir ao movimento sua própria “humanidade”.

Uma das consequências óbvias da “redescoberta do corpo” no teatro consistiu em colocar a educação corporal como base para a formação do ator, preconizando a necessidade de um treinamento físico permanente. Até então, a educação corporal do ator respondia apenas às demandas específicas de um papel: esgrima para os duelos, dança para cenas de baile, etc. A partir da consciência de que “não se pode comunicar o delicado processo interior da vida espiritual do homem com um corpo sem treinamento, do mesmo modo que não se pode tocar a nona sinfonia de Beethoven com um instrumento escangalhado.” (Stanislavski, 2005, p. 300), em toda a Europa surgem os diversos teatros-estúdio, teatros-escola, teatros-laboratório, por iniciativa dos grandes “diretores-pedagogos”. As novas escolas reservaram grande espaço às disciplinas físicas: acrobacia, yoga, dança, ginástica, esgrima, atletismo, tênis, etc. Fortaleceu-se a idéia de que, sob tantos aspectos, o ator deveria ser como o cantor, o músico, o bailarino ou o atleta, e assim como estes, manter-se constantemente em exercício.

No entanto, ao atribuir tamanha importância ao adestramento corporal, o objetivo principal dos mestres fundadores do teatro moderno não era transformar o ator em um “exibicionista dos músculos”, um atleta ou um saltimbanco². A real intenção era aquela de tornar o ator consciente de suas possibilidades expressivas (tantas vezes inexploradas) e de posse delas, potencializar sua condição de criador. Mas não foram poucos os casos de exageros e mal-entendidos. Muitos caíram na armadilha da valorização excessiva da técnica, tornando o “saber-fazer” físico algo gratuito, exterior e “inorgânico”. Outra questão que não se resolvia pelo treinamento físico - e em alguns casos até se agravava - era o problema dos clichês e condicionamentos desenvolvidos pelo ator que sufocavam e deformavam sua prestação em cena. Aí estava o risco: a perda da dimensão humana do artista, refém da técnica. “Como fazer para tentar reconduzir o ator a uma condição “originária” de liberdade ideativa

1. No século XX, entre os principais mestres do teatro, surgem diversos conceitos ligados à “redescoberta do corpo” do ator: o “atleta do coração” de Artaud, o “mimo corpóreo” de Decroux, a “super-marionete” de Craig, o “método das ações físicas” de Stanislavski, o ator “biomecânico” de Meyerhold, o “ato total” de Grotowski, o “corpo-mente” de Barba, o “corpo-orquestra” de Vescovi, entre muitos outros.

2. “Não sei o que fazer de um treinamento que empenha somente o corpo e não o cérebro (...) não me servem atores que sabem se mover, mas que não sabem pensar” declarou Meyerhold (apud De Marinis 1993, p.17)

e autenticidade expressiva (...)", sem perder de vista sua condição de homem? (De Marinis 1993, p. 9). A recuperação de uma espontaneidade criativa no trabalho do ator, apesar de não prescindir das técnicas do corpo, parecia estar além delas.

Encontro com o método GDS: "redescobrimo" meu corpo

No trabalho do ator, a prática de diferentes técnicas e disciplinas, exercitadas em treinamentos constantes, tem por objetivo desenvolver as potencialidades expressivas do corpo e da voz. Este "treinamento do ator" não é um ensaio e, muitas vezes, funciona autonomamente com relação à preparação de um espetáculo. É um momento de laboratório, onde não é prevista a presença de público, em que o ator experimenta, segundo a terminologia de Barba, "tensões físicas pré-expressivas", ou seja, "uma qualidade extra-cotidiana da energia que torna o corpo cenicamente 'decidido', 'vivo', 'crível'; assim a presença do ator, o seu *bios* cênico, consegue manter a atenção do espectador antes mesmo de transmitir qualquer mensagem. Trata-se de um *antes* lógico, não cronológico" (Barba 1993, p. 23). No entanto, se ignorar as noções elementares a respeito do funcionamento de seu instrumento, o ator estará sujeito a comprometer os limites que pretendia alargar. Além disso, no treinamento, há sempre o perigo da estagnação, do exercício pelo exercício, da repetição mecânica de fórmulas, da prática gratuita de uma técnica. Ao frequentar esta ou aquela disciplina, o ator corre o risco de criar "clichês de si mesmo" lançando mão de recursos e truques técnicos, colecionados ao longo do tempo, dos quais já conhece a eficácia. Exatamente como na vida cotidiana, sua expressão se empobrece pela repetição de automatismos.

Identifico meu trabalho com uma corrente teatral que é descendente direta das idéias dos reformadores do teatro do século XX, herdeiros da "redescoberta do corpo". Durante nove anos (1989 a 1994 e 2003 a 2007) trabalhei como atriz e colaboradora do Teatro Tascabile di Bergamo, um dos grupos históricos do teatro italiano, referência mundial no teatro de rua e um dos mais importantes centros de estudos práticos sobre o teatro oriental da Europa. Neste período, influenciada por elementos das tradições cênicas do Oriente e do Ocidente, aprendi e desenvolvi meu ofício em contato direto com mestres como Jerzy Grotowsky, Eugenio Barba, Renzo Vescovi, Aloka Panikar, John Kalamandalan e Usha Raghavan. No Brasil, fundei em 1996 meu próprio grupo teatral, o Teatro Diadokai.

Em minha carreira sempre atribuí grande importância ao treinamento físico e vocal. Minha dedicação a estas práticas rendeu frutos que foram (e são ainda) colhidos em meu trabalho artístico. Iniciei meus estudos corporais com o ballet clássico, na infância e juventude. Depois, ao longo de vinte anos de trabalho, continuei praticando diversas disciplinas corporais: teatro-dança tradicional indiano, exercícios da mímica e da yoga, dança contemporânea, técnicas circenses (acrobacia, malabarismo, pernas-de-pau), uso livre da voz, canto popular brasileiro e italiano, canto clássico indiano, entre outras. Mas, com o passar dos anos, meu corpo começou a ressentir-se dos exageros e imprudências, cometidos na prática de algumas disciplinas e nas incontáveis horas de treinamentos, ensaios e apresentações. Algumas vezes, meu desempenho artístico ficou comprometido e em outras, tive que suportar dores ou desconfortos para continuar trabalhando. Diante disso, comecei a compreender que meu corpo não é apenas o instrumento de uma profissional do teatro, mas também aquele com o qual desempenho todas as ações da minha vida, dentro e fora dos palcos. Além de um repertório vasto de ricas experiências, meu corpo também colecionou acidentes, desgastes, desequilíbrios, marcas, cicatrizes, lesões. As consultas e tratamentos (ortopedia, osteopatia, fisioterapia, acupuntura, R.P.G, shiatsu, fonoaudiologia, etc.) tornaram-se cada vez mais frequentes e seu êxito sempre mais efêmero. "Ser cuidado por alguém é bom; cuidar-se, é melhor! Ainda que, bem entendido, seja necessário aprender como se cuidar." (Struyf 1985, p. 4). Era chegado o momento de apropriar-me do meu corpo, era preciso "dar a direção do carro ao seu motorista" ou "dar a chave da casa ao seu morador" (Idem). O primeiro livro sobre o método GDS publicado no Brasil, *Cadeias Musculares e articulares - O método GDS* (Struyf 1995), atizou minha curiosidade, lançando um novo olhar sobre velhas questões. Tempos depois, o curso de formação em cadeias musculares e articulares GDS, e aqueles de pós-graduação, fomentaram tais questionamentos em um longo processo, ainda em andamento, de "redescoberta" do meu corpo como artista e como ser humano.

TEATRO E GDS: UMA APROXIMAÇÃO POSSÍVEL?

Uma das idéias recorrentes no método GDS, é a de que "o corpo é linguagem" (Struyf 1995, p. 13). Considerando-se a linguagem como um instrumento da comunicação, segundo Struyf, do ponto de vista "psicocorporal", esta se dá em dois níveis: no interior

do corpo e com o exterior. “Se meus tornozelos ignoram meus joelhos, se meus quadris não protegem minhas vértebras lombares e solicitam excessivamente as articulações sacro-ilíacas, se minha primeira junta cervical não funciona harmoniosamente com a bacia, se minha mão direita não se coordena facilmente com o pé esquerdo, etc. meu corpo está efetivamente em dificuldade, dificuldade de comunicação.” (Ibidem, p.13) Tais contatos e interações somente serão possíveis, em nós e com o meio que nos cerca, “a partir de um corpo vivido, humanizado, concretizado e que fala!” (Ibidem, p. 17)

De acordo com os pressupostos históricos descritos anteriormente, no teatro o corpo encontra a dimensão artística da comunicação: o corpo *do ator* é linguagem. Esta coincidência de idéias foi o ponto de partida para uma investigação sobre o método GDS como instrumento de reflexão sobre o corpo do ator, tanto no que diz respeito a seu aspecto comportamental quanto no que se refere às suas características estruturais, mecânicas e funcionais. Minha investigação leva em conta também a singularidade do ofício do ator, que exige deste uma compreensão do próprio corpo em dois níveis: na vida cotidiana e em situação extra-cotidiana, de representação. É aí que o ator pode beneficiar-se da visão global, holística do ser humano utilizada no método GDS, evitando que se estabeleça uma dicotomia entre esses dois modos de uso do corpo. Assim, seria possível ao ator desenvolver um treinamento que contemplasse sua dimensão humana na construção de um comportamento artificial para a cena fundamentado no equilíbrio das tensões e na manutenção da fisiologia.

Do ponto de vista biomecânico, Struyf definiu seis atitudes posturais, determinadas pela ação preferencial de certos conjuntos musculares, que podem vir a tornar-se cadeias de tensão miofasciais, que aprisionam o corpo em uma única tipologia. Para designar cada uma dessas atitudes/cadeias, são usadas as abreviações: AM (ântero-mediana), PM (pósterio-mediana), PA (pósterio-anterior), AP (ântero-posterior), AL (ântero-lateral) e PL (pósterio-lateral). O método GDS, entre outros objetivos, propõe o reequilíbrio das tensões musculares para uma coordenação motora de melhor qualidade. Paralelamente, aspectos morfo-psicológicos estabelecem o elo psicocomportamental entre a postura e as pulsões primordiais de nossa condição humana. A compreensão dos processos “psicocorporais” proporciona uma gestão mais eficiente dos modos de funcionamento de nossos músculos e articulações. As seis atitudes estão organizadas em dois eixos: vertical e horizontal. No eixo vertical estão as ati-

tudes/cadeias AM, PA e PM, as três estruturas profundas da personalidade humana, que definem o equilíbrio do homem de pé entre o céu e a terra. No eixo horizontal estão as atitudes/cadeias PL e AL, as estruturas relacionais, que estabelecem a comunicação do indivíduo com o outro. Já a atitude/cadeia AP é ambivalente: tanto pode inserir-se no eixo vertical, como um duplo de PA, quanto pode apresentar-se no eixo horizontal, compondo a chamada *triade-dinâmica* PL-AP-AL.

O linguista e filólogo francês Georges Dumésil elaborou uma concepção tri-partida do mundo e da sociedade como fundadora das ideologias das civilizações indo-européias. As três funções da teoria de Dumésil encontram ressonância com as três estruturas do eixo vertical, definidas por Struyf:

- Fecundidade: associada à idéia da gestação, sedentarismo e estabilidade, criar raízes, construir o ninho, estabelecer família, plantio e colheita, fertilidade. Identifica-se com a atitude/cadeia AM: a Mãe, associada à necessidade de afeto.
- Força: associada à idéia do guerreiro, protetor da comunidade, do homem impelido à ação e ao trabalho, do nômade que não hesita em deslocar-se com a família para protegê-la. Identifica-se com a atitude/cadeia PM: o Pai, associada à necessidade de ação.
- Soberania: associada à idéia do sagrado, dos curandeiros, dos sacerdotes religiosos e de todos os que presidem cerimônias. Identifica-se com a atitude/cadeia PA: o Reativo (ou o Jovem), associada à necessidade de ideal.

As estruturas do eixo horizontal identificam os modos relacionais AL - o Introvertido - associado à idéia de fechamento, recolhimento e PL - o Extrovertido - associado à idéia de abertura, de comunicação. AP - a Criança - está associada à idéia de impulsão, alternância, ritmo e adaptabilidade; é também a atitude/cadeia que propicia a comunicação e a constante mobilidade no equilíbrio entre as outras atitudes/cadeias.

A relação entre as atitudes/cadeias foi analisada por Struyf sob diferentes aspectos, com diferentes objetivos. Dentre as diversas abordagens do método na interpretação de questões funcionais ou comportamentais, estão as chamadas *estratégias*, elaboradas segundo diferentes imagens e analogias.

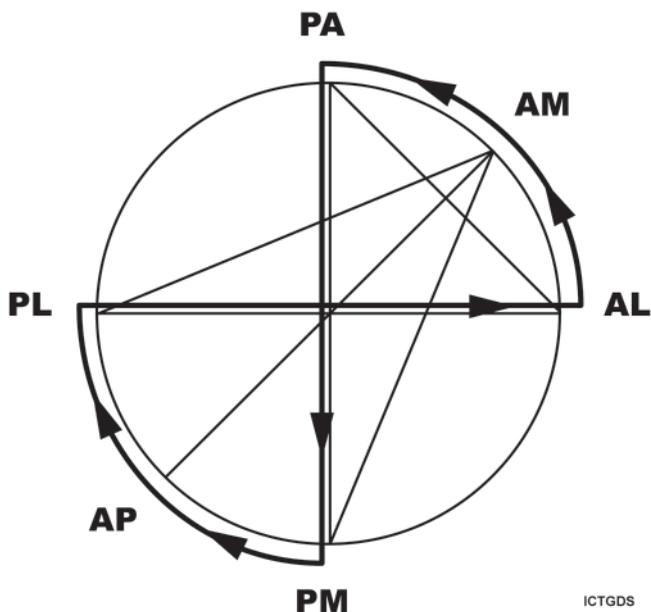


Figura 1: Estrat\u00e9gia da Lemniscata

ICTGDS

A *Estrat\u00e9gia da Lemniscata* prop\u00f5e um circuito, que segundo Struyf, ordena a transmiss\u00e3o das tens\u00f5es de uma fam\u00edlia muscular \u00e0 outra em um sentido preciso que segue o tra\u00e7ado de uma *lemniscata*, s\u00edmbolo geom\u00e9trico que representa o conceito matem\u00e1tico do infinito. Tal *Estrat\u00e9gia* \u00e9 especialmente indicada \u00e0 elabora\u00e7\u00e3o de uma seq\u00fc\u00eancia de exerc\u00edcios f\u00edsicos de alongamento que obedeam a esta ordem pr\u00e9-estabelecida, de modo a obter uma sucess\u00e3o l\u00f3gica de movimentos coordenados. Por exemplo, partindo de um exerc\u00edcio dedicado ao alongamento da cadeia muscular PL, sua tens\u00e3o \u00e9 transmitida \u00e0 cadeia seguinte da sequ\u00eancia, e assim sucessivamente, sempre obedecendo \u00e0 mesma ordem: de PL, \u00e0 AL, \u00e0 AM, \u00e0 PA, \u00e0 PM, \u00e0 AP.

Por sua vez, a *Estrat\u00e9gia da Onda* diz respeito aos aspectos comportamentais e estabelece uma analogia com a imagem das ondas do mar. Cada atitude encontra seu lugar no percurso desta figura que avança sem jamais recuar, de acordo com as diferentes fases da vida ("o existir", "o ser" e "o agir"), desde a gesta\u00e7\u00e3o e constitui\u00e7\u00e3o dos indiv\u00edduos at\u00e9 o seu amadurecimento. Trata-se

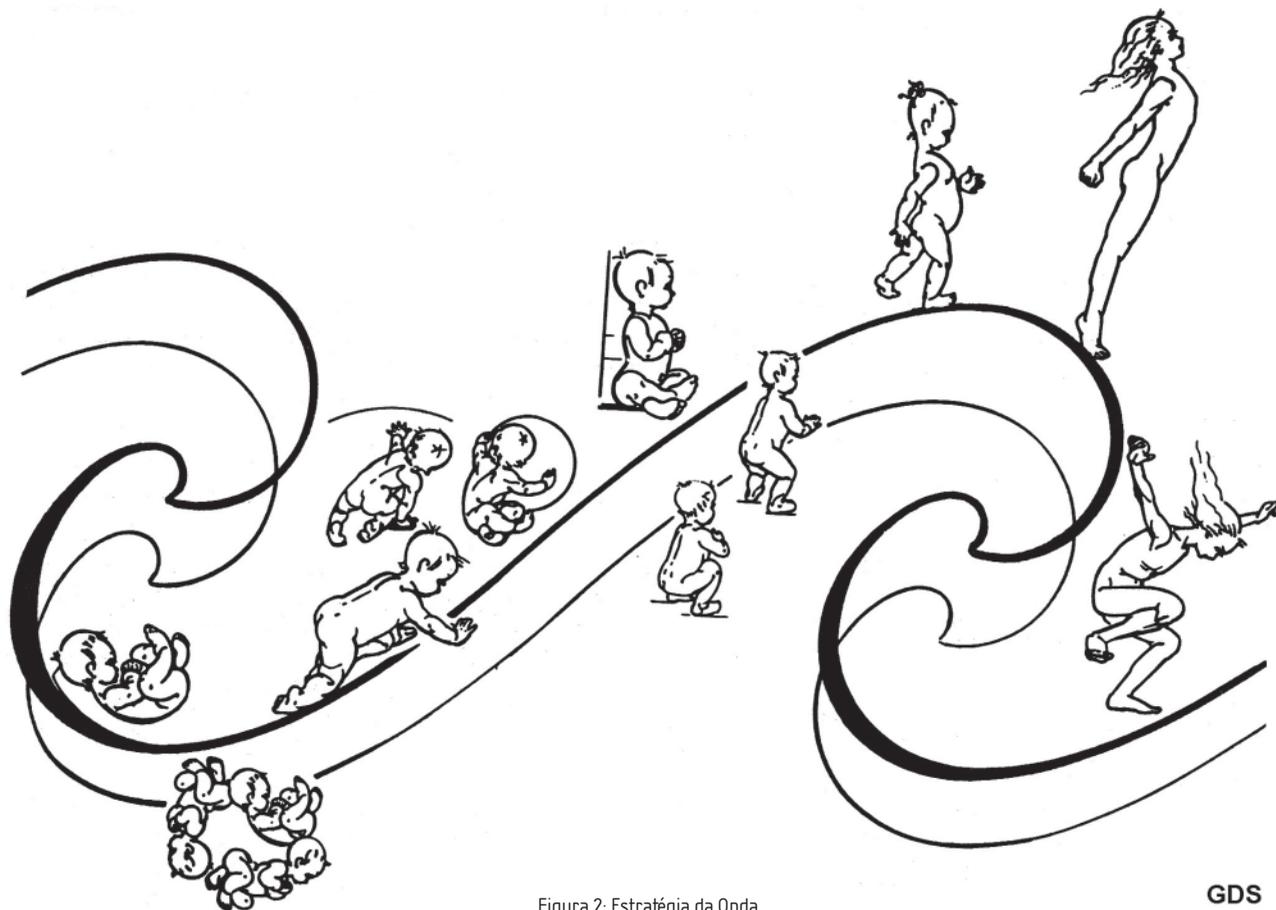


Figura 2: Estrat\u00e9gia da Onda

GDS

de mais um instrumento utilizado no método GDS na “leitura do corpo”, não para saber “quem sou”, mas para perguntar-se “em que trecho do meu caminho estou”.

Tomando como base esses princípios, iniciei uma pesquisa prática individual. Durante 6 meses de trabalho, de três a quatro horas diárias, de duas a quatro vezes por semana, busquei sistematizar minha prática de treinamento físico e vocal. Ao longo do processo, foise delineando um protocolo de treinamento inspirado nas estratégias da *Lemniscata* e da *Onda*. A rotina de trabalho dividia-se em três partes. A primeira destinava-se a aprofundar a compreensão do funcionamento do corpo. O objetivo era estruturar o esqueleto, equilibrar as tensões e organizar as massas, para dar suporte ao gesto. As técnicas preliminares variavam entre: escovação (para drenar ou ativar energia), percussão dos ossos (para dar “presença” à determinadas regiões do corpo), trabalho com diferentes acessórios (bolas de borracha, rolos de espuma, almofadas de areia e etc. para “reconstruir” e “acordar” determinadas estruturas), “sacudir o esqueleto” (vibração pliométrica para drenar a energia acumulada nos músculos). Utilizando a *Estratégia da Lemniscata*, por ser a que mais se identifica com a dinâmica, elaborei duas sequências de exercícios em circuito (uma em posição deitada e outra em posição sentada) que eram executadas alternadamente a cada dia, como aquecimento físico.

A segunda parte era baseada ainda na *lemniscata*, desvinculada, porém, da lógica da *Estratégia*. Meu interesse era usar a forma da *lemniscata* como um estímulo, um tema concreto para uma improvisação de ações físicas e vocais.³ No caso da improvisação física, a indicação era a de “desenhar” a forma da *lemniscata* no espaço utilizando uma determinada parte do corpo como um “lápis”, que percorria diferentes planos, amplitudes, ritmos e energias do gesto. Inicialmente “desenhava” com uma parte do corpo de cada vez, devendo o restante do corpo acompanhar o movimento. Posteriormente, duas ou mais partes podiam “desenhar” simultaneamente. Em seguida, realizava uma improvisação vocal, ou seja, uma variante do exercício anterior incluindo a voz, que seguia a dinâmica do gesto. A indicação era “mastigar” os sons emitindo uma vogal indistinta. Partia de uma nota qualquer, variando de meio tom (para cima e/ou para baixo da escala cromática) a cada emissão vocal.

3. Improvisar, neste contexto, não significa lançar-se ao acaso. Ao contrário, pressupõe um conjunto de indicações pré-estabelecidas, como as margens de um rio, que direcionam e contém o fluxo criativo. A improvisação evoca imagens e associações de idéias, que guiam as ações físicas e vocais, determinando a qualidade da energia empregada.

A respiração devia estar livre para a emissão dos sons, evitando esforços desnecessários.

A terceira parte, a mais complexa da rotina de trabalho, era dedicada a improvisações físicas e vocais inspiradas no aspecto comportamental do método GDS, obedecendo à *Estratégia da Onda*. Cada improvisação tinha como tema uma das três atitudes/cadeias fundamentais da condição humana: AM, PA e PM. Ao longo do processo, fui surpreendida pela necessidade de introduzir mais um tema: AP. Sendo AP o duplo de PA (na respiração, a alternância entre as duas estabelece o ritmo e a adaptabilidade) sua inserção nas improvisações justificou-se plenamente com relação à *Estratégia da Onda* por ser a atitude/cadeia que permite a transição de uma atitude à outra, através da combinação AP-AL-PL, a *tríade dinâmica*, fonte de todo movimento. No início do trabalho, a única indicação era movimentar o corpo no espaço buscando ações que estivessem de acordo com a simbologia de cada atitude/cadeia tendo como referência as funções arquetípicas de Dumésil e Struyf. Em seguida, surgiu a idéia de identificar cada uma delas com uma canção. A escolha das músicas obedeceu a critérios subjetivos variados, que levaram em conta a temática da letra, o arranjo musical, o timbre do intérprete, a sonoridade da língua, o ritmo, etc. As indicações foram-se tornando mais precisas, na medida em que foi se estabelecendo uma rotina de procedimentos.

Deste modo, esta fase do trabalho constituiu-se no desenvolvimento de ações físicas, acompanhadas pela música gravada, que traduziam corporalmente as imagens suscitadas, como em uma dança, daí o apelido de *dança das cadeias*. No entanto o uso da palavra “dança”, neste contexto, deve ser entendido simplesmente como um fluxo de energia em movimento - impulsos que determinam ações no espaço e no tempo. Não houve nenhuma preocupação coreográfica, ou seja, cada “dança” permaneceu uma estrutura aberta, com seus respectivos elementos formais, mas sem uma sequência fixa de ações. A série de improvisações vocais também recebeu um apelido: *canto das cadeias*. Ao cantar as canções, procurei traduzir em sonoridade o tema de cada atitude/cadeia. Primeiramente, utilizei o acompanhamento da música gravada. Em um segundo momento, o acompanhamento foi eliminado, permanecendo apenas minha voz a *cappella*. Como a ênfase estava na voz, as ações físicas foram mais contidas. O objetivo não era o de desenvolver as habilidades da voz para o canto ou de encontrar uma determinada forma de interpretar cada canção. Analogamente à utilização da palavra “dança”,

o canto foi usado como um recurso para articular e modelar os sons. Não houve tampouco a intenção de imitar a voz dos intérpretes das gravações originais. O principal objetivo era encontrar a “cor de voz” que pudesse expressar de forma sonora o universo simbólico de cada atitude/cadeia.



Figura 3: Canto das cadeias (foto: Philippe Campignon)

Aos poucos fui percebendo a necessidade de marcar o início de cada *dança das cadeias* e *canto das cadeias* com uma postura de pé. Para assumir tal postura, acionava o *pivô primário*⁴ correspondente a cada atitude/cadeia, exagerando sua ação. Este excesso de atividade dos músculos do pivô primário, produzido de forma voluntária, corresponde à utilização de uma *qualidade de energia extra-cotidiana*, técnica da arte do ator para “ampliar”, “dilatam” o gesto. O exagero na postura corporal resultou em uma espécie de “caricatura física” das pulsões psicocomportamentais de cada atitude/cadeia. Quando tinha início o momento dinâmico da improvisação, havia sempre uma parte precisa do corpo que “conduzia” os gestos: percebi que esta parte identificava-se com a *residência*⁵ de cada atitude/cadeia. Não foi por acaso que essas ações foram regidas pela *residência*: seu caráter simbólico determinou a qualidade de movimento do corpo.

4. Segundo Campignon (2001, p.22) “as diferentes pulsões psicocomportamentais materializam-se no corpo pela ativação de certos músculos em um local preciso do corpo, que Godelieve Denys-Struyf denomina pivô primário da pulsão. Cada pulsão dispõe de músculos específicos que agem sobre um pivô primário específico (...) Essa ação (...) acarreta um desequilíbrio do corpo em determinada direção e uma modificação da postura à imagem da pulsão.”

5. Ainda segundo Campignon (Ibdem, p.42) “a noção de residência pode ser entendida tanto do ponto de vista mecânico como psicocomportamental. G.D.S. recorre à imagem de “ressonância” colocando certas partes do corpo em ressonância com algumas cadeias particulares”.

Considerando os princípios descritos anteriormente, a terceira parte do trabalho desenvolveu-se da seguinte maneira:

AM

Música: *Nha*, na voz “morna” da intérprete Lura, em um canto suave como uma canção de ninar e a sonoridade estranhamente familiar do dialeto crioulo de Cabo Verde, evocava a idéia de afetividade, de família, de pertencimento ao planeta Terra e à linhagem humana e de percepção sensorial do mundo.

Pivô primário: joelhos, acionados em flexão.

Pulsão psicocomportamental: necessidade de afeto.

Residência: bacia (relacionada à idéia de base, de raízes).

Dança das cadeias: a bacia foi a parte do corpo que conduziu a sequência de ações, sempre muito próxima do chão, com os joelhos bem flexionados e uma base larga, com os pés bem apoiados ao chão e afastados entre si. Os gestos eram redondos e seu ritmo ondulante, quase hipnótico. O vai e vem das ondas na praia e o ato de ninar uma criança foram imagens recorrentes.

Canto das cadeias: a voz que me veio foi mais grave do que a da versão original. Havia também uma forte participação da respiração, como se cada emissão de voz trouxesse, além do som, uma brisa morna.

AP

Música: em *Mulemba Xangola*, o jogo de alternância entre as vozes de Bonga, Marisa Monte e Carlinhos Brown e a percussão marcada e vibrante, na mistura de ritmos entre Angola e Bahia, trouxe a idéia de espontaneidade, de prontidão e descontração, de energia vital.

Pivô primário: coxas, em específico os quadríceps acionados pela tripla flexão das articulações coxofemoral, joelhos e tornozelos.

Pulsão psicocomportamental: necessidade de ideal.

Residência: mãos e pés (relacionados ao movimento, à adaptabilidade, ao jogo rítmico da alternância dos contrários).

Dança das cadeias: o centro do corpo esteve sempre muito próximo ao chão, com muita solicitação dos quadríceps e movimentos vibratórios da bacia. O sorriso esteve sempre presente e as imagens mais fortes foram as da festa, da brincadeira e das danças tribais coletivas.

Canto das cadeias: o sorriso largo propiciou uma voz aberta, com grande ênfase na emissão das vogais. Algo me fazia lembrar a espontaneidade do canto nas festas populares.

PA

Música: *A tempestade*, do conjunto português Madredeus, com sua sonoridade de agudos extremamente altos, associada ao timbre de voz límpido da intérprete, estava em sintonia com a idéia de eixo, de estrutura, de ideal.

Pivô primário: pescoço, acionado em extensão axial.

Pulsão psicocomportamental: necessidade de ideal.

Residência: crânio (relacionado à ascensão espiritual).

Dança das cadeias: movimentos giratórios e jogos com a precariedade do equilíbrio na ponta dos pés foram a tônica de ações que buscavam sair do chão, crescer a todo custo, em torno de um eixo. As imagens recorrentes foram a montanha, o céu, as nuvens. O crânio foi o elemento que deu ascensão ao restante do corpo.

Canto das cadeias: a manutenção de uma tonalidade aguda pareceu-me obrigatória para uma voz que parecia ser emitida pela nuca. Tal sonoridade evocava a imagem de uma agulha.

PM

Música: *Meu mundo ficaria completo (com você)*, na voz rascante de Cássia Eller e o arranjo de guitarras elétricas trouxeram a componente da agressividade, que rompe a inércia e impulsiona o avançar, a superação, a ação projetada no futuro.

Pivô primário: tornozelos, acionados em hiper-extensão (tíbias para trás).

Pulsão psicocomportamental: necessidade de ação e de desempenho.

Residência: tórax (relacionado à ação e ao poder).

Dança das cadeias: grande parte das ações partia de um desequilíbrio para frente. Inúmeras vezes a imagem era aquela de um corpo que cai ao mesmo tempo que avança, até lançar-se em um salto. O tórax foi o propulsor das ações. A agressividade esteve presente nos gestos bruscos.

Canto das cadeias: tive dificuldades objetivas para aprender a letra da música. A respiração também foi difícil. O resultado foi uma voz forçada como quem insulta, em uma tonalidade sempre desconfortável.

PRIMEIROS RESULTADOS E QUESTÕES A SEREM VERIFICADAS

O material levantado na pesquisa resultou na elaboração de um protocolo de trabalho, baseado nos princípios do método GDS, aplicável ao treinamento corporal e vocal do ator, como um recurso na exploração de suas

possibilidades expressivas, de forma global. Ao longo do trabalho, experimentei na prática como o conhecimento básico da estrutura do aparelho locomotor era capaz de proporcionar uma percepção mais refinada do modo de funcionamento do meu corpo, tão necessária à manutenção de uma boa fisiologia e à prevenção de lesões. Ao observar as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer de todo o processo, pude perceber as atitudes/cadeias com as quais tenho mais “intimidade” e aquelas que se encontram mais bloqueadas; onde prevalece a minha tipologia ou onde a expressão aparece tímida e distante. Conhecendo meus limites posso decidir se, como, quanto e quando alargá-los.⁶

Como seguimento a esta etapa da pesquisa, vivida em primeira pessoa, meu próximo objetivo seria experimentar sua aplicação em terceiros e observar os resultados. O protocolo estabelecido para o meu trabalho pessoal e individual deveria sofrer adaptações e aperfeiçoamentos para ser aplicado a um grupo de alunos/atores. Seria necessário levar em conta a tipologia de cada um dos integrantes e observar as diferentes demandas, para uma adequação das etapas do trabalho aos diferentes corpos envolvidos. Outra questão a ser avaliada diz respeito à necessidade da apresentação, ao suposto grupo, de conceitos elementares de anatomia, fisiologia e biomecânica, utilizando uma abordagem sensorial, até mesmo lúdica, menos racional ou científica, para estimular o estabelecimento de um ambiente criativo, propício ao trabalho artístico. Considero que uma introdução aos princípios GDS seria importante para fornecer os instrumentos necessários à reflexão proposta. O objetivo final seria a consolidação de uma metodologia para o treinamento corporal e vocal de atores, a ser utilizada tanto no âmbito pedagógico de formação quanto no âmbito profissional.

Pretendo também, investigar determinadas questões suscitadas ao longo do processo na interseção dos campos teórico e prático. Por exemplo, uma delas diz respeito à inclusão das atitudes/cadeias AL e PL como temas de improvisação para a *dança das cadeias* e o *canto das cadeias*. Uma vez que estas atitudes/cadeias são representantes do eixo relacional, do campo da comunicação, esta inclusão poderia ser muito adequada na perspectiva de um trabalho em grupo. Neste caso, poderia incluir a chamada *tríade dinâmica*, que estabelece

6. Os primeiros resultados da investigação foram apresentados em uma conferência, acompanhada de demonstração prática, durante a III Jornada Científica APGDS, em agosto de 2008, no Rio de Janeiro. A oportunidade assinalou um momento importante nesta trajetória, que considero como um processo ainda em curso.

uma relação direta PL-AP-AL (conforme a *Estratégia da Onda*). Mas, quanto à atitude/cadeia AP, qual seria a abordagem mais pertinente? Considerar AP como integrante da *tríade dinâmica* ou AP e PA separadamente? A propósito, a complexidade das estruturas PA, AP e PA-AP, que não foi abordada nesta fase do trabalho, convida a uma reflexão mais aprofundada.

Do mesmo modo, tantos outros conceitos do método GDS tais como o “gesto-fonte”, a constituição da personalidade em “potencial de base, o adquirido e a fachada”, o “movimento espiróide”, entre outros, e ainda temas como equilíbrio, extensão axial, respiração, etc. que não foram objeto de indagação até o presente momento poderiam enriquecer as discussões em curso e levantar outras questões.

CONCLUSÃO

O ator que treina é um ser humano: a banalidade desta afirmação é apenas aparente; sua potencialidade expressiva só poderá fluir se a energia puder circular livremente por entre os encadeamentos musculares e articulares de seu corpo. É preciso redimensionar o conceito de *vida* contido no *bios cênico* do ator. Talvez para atingir uma *qualidade de energia extra-cotidiana* necessária ao treinamento e à cena, *antes* (e se trata de um antes lógico, não cronológico) fosse necessário ocupar-se da qualidade de energia cotidiana presente em todas as ações de nossa vida, que impulsiona o gesto segundo princípios fisiológicos.

Acredito que é possível encontrar o equilíbrio psicofísico entre os diversos modos de uso do corpo do ator para enriquecer a expressão humana em sua totalidade: na arte, contida na vida e na vida, contida na arte.

Nossas dançarinas ocidentais não dançam mais aos trinta e cinco anos, enquanto as africanas que dançam com os joelhos flexionados, dançam sempre. A idade não suspende esta atividade natural do corpo. Centenário, o corpo pode ainda dançar se tivermos sabido utilizá-lo respeitando seu modo de uso.

Godelieve Denys Struyf (1990, p. 25)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBA E. La canoa di carta - Trattato di Antropologia Teatrale. Bologna : Il Mulino, 1993.

CAMPIGNION P. Aspectos Biomecânicos – Cadeias Mus-

culares e Articulares - Método GDS – Noções básicas. São Paulo: Summus, 2003.

CASINI-ROPA E. Il corpo ritrovato - Danza e teatro tra pedagogia, ginnastica e arte. In Teatro e Storia 3 – n.º2. Bologna: Il Mulino, 1987.

DE MARINIS M. Il grande Sconosciuto: la riscoperta del corpo nel teatro del Novecento. In relazione introduttiva al convegno “Le arti del gesto”. Mantova: Consiglio d’Europa, 1993.

_____. Rifare il corpo – Lavoro su se stessi e ricerca sulle Azioni Físiche dentro e fuori del teatro del Novecento. In Teatro e Storia 4 – n.º 12. Bologna: Il Mulino, 1997.

DENYS-STRUYF G. Constitution d’un dossier à l’aide de la méthode GDS. Bruxelles: ICTGDS, 1985.

_____. Spirales – respiration e danse. In Cahiers des Chaînes GDS . n.º1. Bruxelles: ICTGDS, 1985.

_____. Tiens-toi droit!. In Inforchaînes – Boletim trimestral d’information de l’ICTGDS. n.º31. Bruxelas: ICTGDS, 1990.

_____. Cadeias Musculares e Articulares – O método GDS. São Paulo : Summus, 1995.

_____. Reflexões sobre PA - construir uma PA e ir na direção de PA e AP, a função mágica (apostila do curso “Comportamental - cadeias no cotidiano). São Paulo: 2007.

PAVIS P. Dizionario del Teatro. Bologna: Zanichelli, 1998.

PIRET S. e BÉZIER S.M.M. A Coordenação motora – Aspecto mecânico da organização psicomotora do homem. São Paulo: Summus, 1992.

VALENTIN B. Autobiographie d’un bipède. Edição do autor : Manage, 2007.

STANISLAVSKIJ K. S. Il lavoro dell’attore su se stesso. Roma: Edizioni Laterza, 2005.

REFERÊNCIAS FONOGRAFICAS

LURA Nha Vida (intérprete: Lura) In Onda Sonora - Red Hot+Lisbon (áudio compact-disc). Lisboa: Bar/None Records, 1998.

BONGA, MONTE M., BROWN C. Mulemba Xangola (intérpretes: Bonga, Marisa Monte, Carlinhos Brown) In Onda Sonora - Red Hot+Lisbon (áudio compact-disc). Lisboa: Bar/None Records, 1998.

MARIA TRINDADE C. A tempestade (intérprete: Madredeus) In O Paraíso (áudio compact-disc). Lisboa: Blue Note Records, 1999.

REIS N. Meu mundo ficaria completo (com você) (intérprete: Cássia Eller) In Com você... meu mundo ficaria completo (áudio compact-disc). Rio de Janeiro: Universal Music, 1999.

Resumo

O presente artigo descreve questões teóricas referentes ao trabalho de psicoterapia corporal realizado em consultório a partir do questionamento de como uma psicóloga trabalha com questões que concernem tanto ao corpo quanto ao psiquismo. Será norteado pelas fundamentações teóricas que transpassam o método GDS de Cadeias Musculares, Winnicott e alguns teóricos da Sistêmica Construcionista.

Palavras-chave: método GDS, cadeias musculares, psicologia, corpo, psiquismo.

Uma articulação do método GDS com a prática psicoterapêutica

Bárbara Schindler de
Carvalho Leme

A partir da observação clínica, este artigo vem tecendo uma articulação teórica de questões referentes a pacientes com demandas tanto psíquicas quanto corporais. Este trabalho foi apresentado durante a III Jornada Científica da APGDS, em 2008. Ele surgiu da resposta a uma pergunta que me foi feita por várias pessoas ligadas a áreas distintas: “Como você trabalha? Você toca, você apenas conversa?”.

A reflexão em cima deste questionamento me fez mapear um percurso terapêutico, onde determinados conceitos ligados à psicanálise de Winnicott e a Sistêmica Construcionista consolidavam um olhar específico do método GDS.

Segundo Philippe Campignon (1998), este é um método global de fisioterapia, de abordagem comportamental baseada na compreensão do terreno de predisposições.

Como psicóloga, observo que determinados conceitos, terapêuticos e manobras do método GDS são equivalentes a certos conceitos explicados por Winnicott e pela Sistêmica Construcionista.

Esse trabalho fará, de maneira superficial, a junção destes olhares com o objetivo de tecer um raciocínio respeitando a complexidade de cada uma destas linhas, onde estarei alicerçando o método GDS com estes autores para justificar um olhar que privilegia um tratamento onde corpo e psiquismo estão implicados como causa e consequência do adoecer.

Uma das idéias recorrentes do método GDS é a de que nosso corpo é linguagem, exprimindo em sua postura aquilo que nossas palavras não conseguem expressar.

Quando falamos que o método GDS é um método global de fisioterapia e de abordagem comportamental, os conceitos que exemplificam esta visão são: a noção de pulsão psicocomportamental, a construção da personalidade a partir do “terreno de predisposição” e a onda de crescimento.

A pulsão é a “escolha” que o corpo toma com relação à gravidade, como resposta a uma motivação psíquica.

O “terreno de predisposição” é vivenciado a partir da tipologia de base (que foi herdada geneticamente), mais as influências da família, da cultura e os acidentes de percurso.

Sendo assim a construção da personalidade está ligada a três potenciais:

1º O potencial de base = potencial genético;

2º O potencial adquirido = relação com o ambiente: família, educação e cultura;

3º O potencial de fachada = resultado dos elementos precedentes, mais eventuais acidentes de percurso.

Todas as pessoas possuem minimamente os três potenciais, mas existe sempre um que é maior, por isso, “dominante”.

Como exemplificação, podemos hipoteticamente, pontuar o sujeito deste trabalho que tem o potencial de base correspondente à tipologia PAAP. Esta tipologia tem ressonância com a construção da individualidade, capacidade de criar, da complexidade, da alternância, do ritmo, ou seja, dos questionamentos existenciais. Por estas questões, é o indivíduo que comumente buscará uma psicoterapia. Para Winnicott, seria o sujeito que vivenciou o que ele chamou de angústias impensáveis, oriundas da experiência de situações inesperadas e incompreensíveis, num período muito cedo do seu desenvolvimento e que implicaram na ruptura da continuidade do ser, no sentido de existir.

É a tipologia de Shakespeare.

É o Hamlet de Shakespeare, “**ser ou não ser, eis a questão**”.

Winnicott também descreve este indivíduo (tipologia PAAP), como a idéia de um “sujeito que se constrói a partir de um interjogo do interior/exterior, eu / não eu, na situação “entre” ...,” que incorpora conjunção e ruptura e, portanto, o paradoxo” (1969).

Quando se trabalha esse interjogo corpo e psiquismo, é a compreensão do conceito da onda que dará a base para esse processo terapêutico.

São os aspectos psicocomportamentais no método GDS que serão abordados através da onda da consciência. Para Struyf, o desenvolvimento humano, a base humana, o que é comum a todos é vivenciado através da onda.

Existem duas ondas: a primeira onda é a do crescimento, que acontece da concepção ao sétimo ano de vida. Esta é vivenciada pela criança, que realiza este primeiro ciclo da sua vida, que não será mais repetida. Os percalços nesta fase irão marcar as seguintes. As outras ondas são chamadas de ondas da consciência, que o adulto repetirá inúmeras vezes. É esta onda (da consciência) que, terapeuticamente, podemos transformar, realimentar. Os desencontros ocorridos na primeira onda é que irão marcar e dificultar a fluidez das próximas ondas.

Transformar os vazios em vida.

Transformar os “frutos amargos em doces”.

Struyf (1995)

A onda se desenvolve na seguinte seqüência: AM – PA – PM (existir- construir-agir).

Este sentido deve ser respeitado. A terapêutica começa do lugar onde o sujeito se encontra na onda, no potencial que ele está vivenciando no momento, que pode ser PM, AM ou PAAP. E segue na direção da estrutura que ele não consegue realizar sozinho. Ou seja, quando um dos potenciais foi mal vivido pelo sujeito, na onda do crescimento, cada vez que ele passar pelo mesmo potencial, nas ondas seguintes a chance de repetir a experiência infrutífera é muito grande, ou mesmo de ficar preso neste potencial sem poder seguir adiante.

Neste caso, o terapeuta vai orientar o trabalho até chegar na estrutura AM.

Voltando ao sentido de desenvolvimento da onda, para se construir uma casa, começamos pela base/fundação, para depois construirmos os andares do projeto. Para que esse potencial PAAP se realize, é preciso ter um bom AM.

“O bebê precisa da matéria para existir, para se construir até o ponto de agir”.

Struyf (1995)

A cadeia AM (antero-mediana) é simbolizada pela mãe, pela função nutridora, pela base estável/estática. A terra que acolhe, suporta e desenvolve. Apóia-nos, alicerça e contém. É profundamente sensorial, necessita de toque, contorno, e quando está alimentada nos dá segurança de nos sentirmos amados. Propicia a capacidade de validarmos as nossas reais necessidades e então podemos passar para a fase seguinte, “com uma confiança na vida”. A estrutura AM representa simbolicamente a mãe e é “alimentada” através da qualidade desta relação/função. Esta função materna traz contorno, limite no sentido de contenção, uma restrição que gera vida. Este limite proporciona também a possibilidade de encontrarmos outros caminhos mais criativos.

Struyf considera essencial a construção do corpo quando o indivíduo não teve uma relação boa o suficiente com a sua mãe.

“Do primeiro instante da concepção até o último suspiro, o amor e a afeição dos outros nos sustenta, nos alimenta, nos acompanha”

Dalai Lama

Como preencher o que não está nutrido? Como maturar o que está em falta?

Escolhi dois caminhos para este sujeito alimentar o AM, que no caso é a estrutura que não foi nutrida, até o ponto de validar as reais necessidades de um potencial PAAP. Estrutura que falta para que ele possa se construir a ponto de agir, ou seja, existir para realizar o seu projeto.

O 1^a caminho será norteado pelo pediatra e psicanalista inglês Winnicott e a importância dos conceitos de “holding” (sustentação) e “handling” (manejo), para o desenvolvimento do aparelho psíquico. Através dessas atitudes a mãe expressa como sente afetivamente o seu bebê. O holding quer significar e evidenciar um sustentar com estabilidade, com segurança, contido na capacidade da mãe de segurar o bebê, de mantê-lo no peito, no colo e etc., são os cuidados físicos que a mãe ou a figura que exerce esse papel tem com o bebê nas primeiras fases da vida. Da mesma forma o manuseio, a forma como a mãe toca o bebê o ajuda a nomear e construir um corpo imaginário, assim como é a preparação para o encontro sem riscos do corpo como morada. O sentimento de formar uma unidade com o próprio corpo, de poder repousar, “esquecer” o próprio corpo, de reconhecê-lo como morada e não como inimigo ameaçador é fruto

de uma boa passagem por esse estágio. Ele enfatiza a importância do corpo na formação do psíquico.

“Da saúde do vínculo da relação mãe-bebê depende a saúde do ser em desenvolvimento”.

Winnicott (1969)

Para ele, existe uma ligação muito forte da psique com a soma, distinguindo psique da mente porque a psique seria “a elaboração, imaginativa de funções corporais, são as imagens, as fantasias que as crianças têm sobre as funções corporais”.

Da unidade inseparável mãe-bebê para a unidade do indivíduo existe um longo caminho a ser percorrido, marcado por processos altamente complexos a partir de experiências corporais.

O eu (self) tem como ponto de origem um estado primário de não-integração que vai pouco a pouco se transformando em integração, com a crescente localização do ego no corpo e vice versa.

Então, o ego é antes de mais nada EGO CORPORAL, como Freud afirmou, mas só se tudo correr bem, completou Winnicott. De forma gradual, o bebê se torna capaz de integrar, a partir do corpo, sensações físicas, estados mentais e estados emocionais, com a ajuda do ego materno. A mãe, atenta aos cuidados físicos do bebê ao segurá-lo, manipulá-lo e estar por perto para atendê-lo, oferece uma moldura que define e fortalece os contornos da criança tanto em nível físico como psíquico.

O bebê passa, então, a ter existência com um interior e um exterior demarcados por uma membrana e o corpo é vivenciado como o centro do self.

Por volta dos seis ou sete meses, o bebê começa a estabelecer “relação entre a excreção e a ingestão. O bebê, que está se tornando cada vez mais consciente, desenvolve um interesse pela parte interna de seu corpo, isto é, a área compreendida entre a boca e o ânus. O mesmo é verdade com relação à mente, de modo que, tanto na mente como no corpo, o bebê se tornou um recipiente”. O percurso entre a boca e o ânus é o mesmo onde se localiza a cadeia AM no tronco.

Self é entendido como a totalidade da pessoa que experimenta uma continuidade de ser, a partir do potencial herdado, com tendências a se desenvolver num ritmo e forma próprios, com um esquema corporal e a pele como uma membrana limitadora.

Foi falado anteriormente que não se trata de repetir, de reviver o passado, mas sim, viver pela primeira vez no setting terapêutico algo que faltou nas primeiras relações com a mãe.

“Não há como se sentir real, espontâneo, capaz de se relacionar sem um sentido firme de corporalidade”. “EU SOU” tem que preceder “EU FAÇO”.

Winnicott (1978)

O 2º caminho a ser tomado para se viver esse AM, seria investigar as heranças familiares, as questões triggeracionais, o genograma e a construção de uma rede terapêutica com a família e com outros profissionais envolvidos no processo. Neste momento a fala é imprescindível para nomear os novos estados do ser e renomear o que foi resignificado.

A estrutura AM fala de todas as heranças, inclusive as familiares. Tudo que está no passado, que nos representa como grupo, nossa “linhagem”, nossas histórias, aquilo que nos liga a uma terra, raça ou sentimento. É ao mesmo tempo o umbigo, o lugar de onde falamos “eu”, nosso marco zero e de onde viemos.

Na “prática” a relação com o sujeito se constrói através do trabalhar a pele e o toque, buscando a noção de contorno (dentro/fora), percussão dos ossos, muitos exercícios na bola e que proporcionem a experiência de enrolamento, centragem, presença e consciência do corpo. Esta consciência corporal, à medida que vai emergindo, evidencia também uma conexão a um nível mais profundo, onde se dá início a construção de uma unidade do ego e integração do ser que será traduzida como uma experiência do existir.

CONCLUSÃO

Quando o AM não foi maturado o suficiente, para dar base à construção PA, é fundamental reforçar a experiência do existir, através da construção do corpo, da sensibilidade para dar consciência da presença física. É através deste jogo de construção corporal que o sujeito poderá transformar “trechos” da onda que trouxeram experiências “negativas” em experiências “positivas”. Para então realizar de forma mais adequada o seu projeto de vida. Precisamos reconhecer e validar as reais necessidades de cada existência, para agir na direção da realização do projeto de vida e, corporalmente, precisamos ter uma bacia organizada para que o eixo se desenvolver de forma adequada.

Transformar, em nós, os duelos em duetos, para integrar todas as aquisições. Palavras de Struyf (1995):

“As palavras mal escritas

podem ser reescritas”.

Palavras sem corpos

aos corpos sem palavras.

As cadeias assumem então a palavra,

gravam as palavras na carne e nos ossos

para falar de nossos males.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson T. Processos Reflexivos. Rio de Janeiro: Noos, 2ª edição, 1991.

Baraf Podkamini A, Chagas MAG. Winnicott – 100 anos de um analista criativo. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

Campaignon P. Aspectos Biomecânicos. Cadeias Musculares e Articulares Método G.D.S. Noções Básicas. São Paulo: Summus Editorial, 2003.

Campaignon P. Respir-Ações. A Respiração para uma vida saudável. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. História do Corpo. 3. As mutações do olhar. O século XX. Rio de Janeiro: Vozes Editora, 2008.

Denys-Struyf G. Cadeias Musculares e Articulares. O Método G.D.S. São Paulo: Summus Editorial, 1995.

Ledoux HM. Introdução à obra de François Dolto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

Piontelli A. De feto a criança, um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

Sluzki, C. E. A Rede Social na Prática Sistêmica, Alternativas Terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

Winnicott D. W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

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
(12 dias)

- 1- Pelve e membros inferiores (6 dias)
- 2- Tronco, coluna cervical e membros superiores (6 dias)

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: cursos.gds.rj@terra.com.br (Rio de Janeiro) ou cadeiasmuscularesgds@hotmail.com (São Paulo).

Rio de Janeiro

Ciclo I
24 a 27 de setembro de 2009

Ciclo II – Módulo 3
2 a 7 de novembro de 2009

Ciclo I
20 a 23 de novembro de 2009

Ciclo IV – Módulo 1
26 de fevereiro a 3 de março
de 2010

Ciclo II – Módulo 1
6 a 11 de março de 2010

Ciclo IV – Módulo 2
19 a 24 de maio de 2010

Ciclo II – Módulo 2
18 a 23 de junho de 2010

Ciclo III
julho de 2010 (data a confir-
mar)

Ciclo II – Módulo 3
30 de outubro a 4 de novembro
de 2010

Agenda de cursos 2009 – 2010

São Paulo

Ciclo I
17 a 20 de setembro de 2009

Ciclo II – Módulo 1
9 a 14 de novembro de 2009

Ciclo II – Módulo 2
19 a 24 de março de 2010

Curso de Pós-Formação –
Revisão sobre a bacia
13 a 15 de março de 2010

Ciclo I
8 a 11 de abril de 2010

Ciclo II – Módulo 3
11 a 16 de maio de 2010

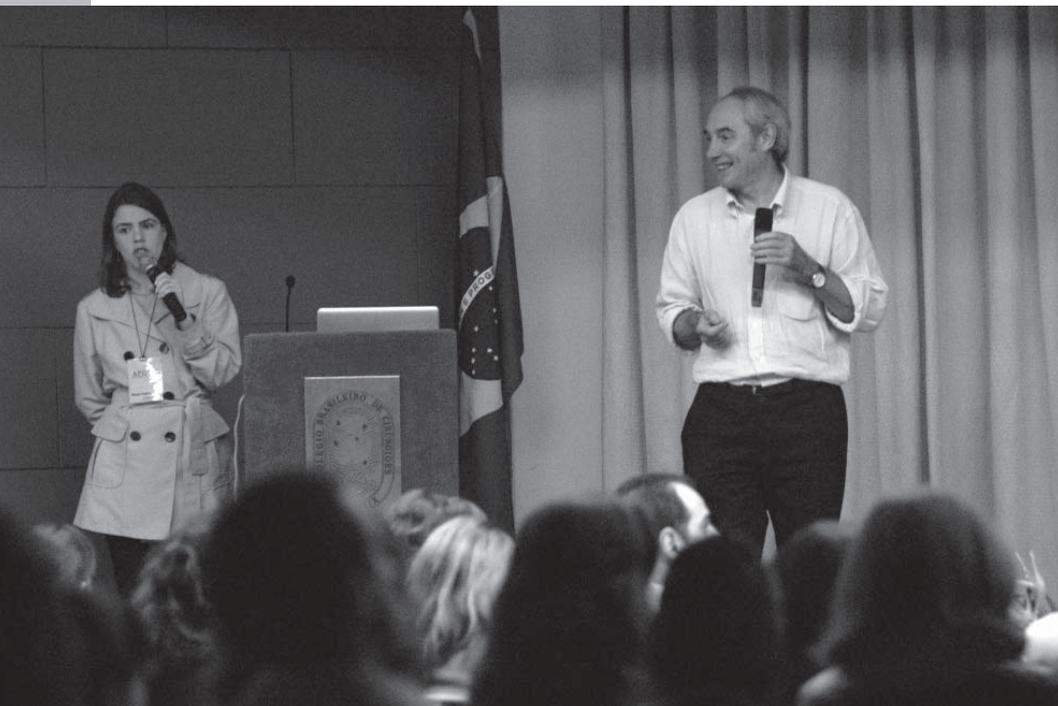
Ciclo IV – Módulo 1
8 a 13 de novembro de 2010

O horário dos cursos é de 9 às 18h.
Local a confirmar.
Para informações e inscrições, entre em
contato com:
cursos.gds.rj@terra.com.br (RJ) ou
cadeiasmuscularesgds@hotmail.com (SP)

aconteceu na APGDS



Primeira turma de Formação GDS no Rio de Janeiro
Com Bernard Valentin e a equipe de ensino



Curso Respir-Ações

O convidado internacional Philippe Campignon ministra a conferência “Respir-Ações” (tradução de Renata Ungier)

III Jornada Científica da APGDS (agosto 2008)

Fotos: Diego Sobral

1.



2.



3.



4.



5.



6.



7.



1. Conselho diretor e palestrantes do Rio e São Paulo, com Philippe e Lori Campignon.
2. Lançamento dos livros de Philippe Campignon e André Trindade
3. Fátima Rosas em sua conferência
4. Conferência de Alexandre de Mayor
5. Elizabeth Berardo em sua conferência
6. Priscilla Duarte em sua performance
7. Nara Vieira e seu poster premiado na Grécia, com Renata Ungier



Lançamento do livro "Autobiografia de um Bípede", de Bernard Valentin

Bernard Valentin no lançamento do seu livro "A autobiografia de um bípede", na Livraria Letras e Expressões (Rio de Janeiro), com o Conselho Diretor da APGDS e Cristina Fritzen.



Curso de Pós-Formação sobre o Crânio

Curso de pós- formação sobre o crânio, em São Paulo, com Bernard Valentin (fevereiro 2009)

A APGDS presente em eventos científicos
Sylvia Nancy Azevedo representa a APGDS no 14º Congresso Brasileiro de Medicina do Tornozelo e Pé



Projeto fim de semana da Cadeia PAAP



Presidente

Renata Ungier

ungier@terra.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/907, Leblon,
Rio de Janeiro - RJ 22440-901
(55) 21 2259-0969 / 8119-8001

Vice-presidente

Bárbara Schindler

barbara.schindler@yahoo.com.br

R. Visconde de Pirajá 550/1213, Ipanema,
Rio de Janeiro - RJ 22410-003
(55) 21 2249-4384 / 9418-7505

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 / 8111-7796

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 2512-7568 / 9642-1733

Secretária

Maria de Fátima de Oliveira Rosas

fatima.rosas@yahoo.com.br

R. Felipe Camarão 138/203, Tijuca
20550-150

R. Dois de dezembro 78/310, Flamengo
22220-040

Rio de Janeiro - RJ

(55) 21 2278-7329 / 7137-7554

Secretária adjunta

Sylvia Nancy Miranda Costa Azevedo

sylvia.azevedo@terra.com.br

R. Visconde de Pirajá 550/1213, Ipanema,
Rio de Janeiro - RJ 22410-003
(55) 21 2249-4384 / 9973-5293

BAHIA

Aspirantes

Iracilvânia Montenegro da Silva

irahmonte@hotmail.com

R. Senador Theotônio Vilela 256 casa 9,
Cond. Bagalô, Cidadela, Salvador - BA
(55) 71 3353-7150 / 9184-2886

ESPÍRITO SANTO

Titulares

Maria Angélica Ferreira Leal Puppim

angelica.puppim@uvv.br

R. Cassiano Antônio de Moraes 72,
Enseada do Suá, Vitória - ES 29050-525
(55) 27 3345-2089 / 8153-8282

GOIÁS

Titulares

Beatriz Pizarro de Carvalho Gouveia

beatrizpizarro@dgmnet.com.br

R. Afonso Ferreira 54, Setor Central, Rio
Verde - GO 75901-160
(55) 64 3613-1265

MINAS GERAIS

Titulares

Claudia Barreto Haddad

claudia@rededocorpo.com.br

R. Frederico Ozanan 189, Guarda-mor,
São João del Rey - MG 36309-012
(55) 32 3371-7887 / 8426-0566

Miriam Pederneiras Barbosa

miriampederneiras@grupocorpo.com.br

Av. Bandeirantes 866, Mangabeiras,
Belo Horizonte - MG 30315-000
(55) 31 3221-7701 / 9954-4312

Priscilla Duarte

priduarte66@gmail.com

Belo Horizonte - MG 20240-300
(55) 31 3285-0439 / 8842-3308

Samira C. Zar

milazar@uol.com.br

R. Padre Marinho 49/1103, Santa
Efigênia, Belo Horizonte - MG 30140-
040
(55) 31 3347-4575 / 9953-1442

MATO GROSSO

Titulares

Ana Cristina Pereira do Vale Ferreira

anacristina.vale@terra.com.br

Cuiabá - MT

(55) 65 3623-6066 / 9622-4370

PERNAMBUCO

Aspirantes

Angela Moura

angelamfisio@yahoo.com.br

R. Frei Matias Teves 280/912, Ilha do
Leite 50070-450

R. Fernando Simões Barbosa 498/3,
Gale-ria Duomo, Boa Viagem
Recife - PE

(55) 81 3222-7043 / 9974-3704

RIO DE JANEIRO

Fundadores

Ana Rita Figueiredo Ribeiro

anaritaribeiro@uol.com.br

R. Martins Ferreira 30, Botafogo, Rio de
Janeiro - RJ 22271-010
(55) 21 2527-0488 / 8203-1301

**Elizabeth Pimentel Berardo C. da
Cunha**

elizabethberardo@terra.com.br

R. Mário Pederneiras 10 casa 103, Hu-
maitá, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9648-2403

Elizabeth Rodrigues Madureira

bethmadureira@globo.com

R. Viúva Lacerda 213, Humaitá, Rio de
Janeiro - RJ 22261-050
(55) 21 2538-2157 / 9962-6745

Juceia Dias Bayerl de Assis

juceia@uol.com.br

Estrada do Galeão 1401/318, Ilha
do Go-vernador, Rio de Janeiro - RJ
21931-630
(55) 21 2462-4322 / 9457-4092

Lucia Leibel Swartzman

lucialeibel@ig.com.br

R. Voluntários da Pátria 190/616 e 617,
Botafogo, Rio de Janeiro - RJ 22270-010
(55) 21 2286-5897 / 8884-0710

Márcia Fátima Dias Brandão e Silva
marciadias60@yahoo.com.br
R. Sebastião José da Costa 41, Jardim Brasília II, Resende - RJ 27515-140
(55) 24 3354-3543 / 9979-6749

Maria Luíza Lemos Azem
marialuizalemos@globo.com
R. Visconde de Pirajá 111/514, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ 22410-000
(55) 21 2246-4959 / 9172-0425

Nilza Elayne Leiria de Castro
nilzaelayne@hotmail.com
R. Voluntários da Pátria 190/616 e 617, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ 22270-010
(55) 21 2286-5897 / 9133-0801

Núbia de Lima Barbosa
nubialbarbosa@ig.com.br
R. Jardim Botânico 164, Jardim Botânico, Rio de Janeiro - RJ 22461-000
(55) 21 2286-6524 / 9988-9249

Patrícia Gebara Abifadel
patgebara@gmail.com
R. Visconde de Pirajá 550/1808, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ 22410-002
(55) 21 2294-5779 / 7831-5902

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 / 9623-7127

Regina Maria Mello Monjardim
reginamonjardim@hotmail.com
R. Visconde de Pirajá 230/305, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ 22410-002
(55) 21 2267-9588 / 9377-7569

Rosângela de Oliveira Bittencourt
rosangelabittencourt@gmail.com
R. Senador Irineu Machado 27-A, Jardim Amália I, Volta Redonda - RJ 27251-070
(55) 24 3348-4165 / 9833-4488

Sandra Carvalho
sfcarvalho@ig.com.br
R. 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 / 9611-4710

Susan Barbara Guerin
susanbguerin@hotmail.com
R. Visconde de Pirajá 414/615, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ 22410-905
(55) 21 2287-2098

Taís Maria Cury Carrico
movimentos@casashopping.com.br
Av. Ayrton Senna 2150/203 bl. G - Casashopping, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ 22775-003
(55) 21 3325-8126 / 9979-0307

Vinicius Gangana de Oliveira
vinicius.gangana@yahoo.com.br
R. Senador Irineu Machado 27-A, Jardim Amália I, Volta Redonda - RJ 27251-070
(55) 24 3348-4165 / 9908-5930

Wanja de Carvalho Bastos
wanjab@uol.com.br
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9185-1369

Titulares

André Luiz da Silva Cancela
andre.cancela@yahoo.com.br
R. Gavião Peixoto 182/314, Icaraí, Niterói - RJ 24230-101
(55) 21 2611-8090 / 9613-1768

Antonio Fernando Ugelli
afugelli@hotmail.com
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9903-3999

Beatriz Gaspar Maciel de Moura
biagaspar@globo.com
Av. Epitácio Pessoa 2870/602, Lagoa, Rio de Janeiro - RJ 22471-003
(55) 21 2523-0336 / 9645-7244

Bernadette Capdeville
bernadettecapdeville@oi.com.br
R. Dezenove de Fevereiro 130/302, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ 22280-030
(55) 21 2266-2636 / 9398-6681

Cristiane Gonçalves de Oliveira Vaz
vaz.cristiane@gmail.com
R. Almirante João Cândido Brasil 120 (Clínica Articulare), Tijuca, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2570-8920 / 8899-7720

Daniela Gatti Monteiro
msdanigatti@hotmail.com
Espaço Corporal Vania Maciel - Est. Francisco da Cruz Nunes 6501/328, Itaipú, Niterói - RJ 24350-120
(55) 21 2608-1088 / 9998-3289

Fausta Sampaio Rodrigues
fausta.fisio@hotmail.com
Volta Redonda - RJ
(55) 24 3342-3321 / 8835-6682

Fernanda Cunha
f.g.cunha@uol.com.br
R. Otávio Carneiro 100/1105, Icaraí, Niterói - RJ 24230-191
(55) 21 2710-8957 / 8269-1113

Maria Aparecida Bezerra
cldb@globo.com
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 7811-2849

Maria Beatriz de Souza Hue
biahue@ig.com.br
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 8151-2843

Maria Letizia Moraes Maddaluno
letiziamaddaluno@ig.com.br
R. Almirante Cândido Brasil 120, Maracanã, Rio de Janeiro - RJ 20511-020
(55) 21 2570-8920 / 9977-2784

Mônica Cristina Vaz Silva
mocris@osite.com.br
R. Almirante João Cândido Brasil 120, Maracanã, Rio de Janeiro - RJ 20511-020
(55) 21 2570-8920 / 8155-4072

Renato Guarino Werneck
renatogw@yahoo.com.br
R. Aristides Lobo 29/102, Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ 20250-450
(55) 21 9979-2588

Rossana de Azevedo Beyruth
rbeyruth@nitnet.com.br
R. Otávio Carneiro 100/1104, Icaraí, Niterói - RJ 24230-191
(55) 21 3021-7303 / 8143-2789

Sylvia Christina Cardoso Lopes
sylviacardos@gmail.com
R. Viúva Lacerda 213, Humaitá, Rio de Janeiro - RJ 22261-050
(55) 21 2538-2157 / 9341-5526

Tânia Mara Santos Loureiro
corpo21@terra.com.br
R. Nascimento e Silva 295/102, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2521-3115 / 9978-4042
R. Boavista 19, São Francisco, Niterói - RJ 24365-010
(55) 21 2714-3240 / 8885-4042

Weld Santos Encarnação
weld@ateliocorporal.com.br
R. General Glicério 400 lj. A, Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ 22245-120
(55) 21 2225-6134 / 8771-0911

Aspirantes

Ana Karina Leite Resende

anakarinafisio@globo.com
R. Tavares Macedo 95/911, Icaraí,
Niterói - RJ 24220-215
(55) 21 2704-4524 / 9706-2816

Ana Luiza Timoteo da Costa

analuzabroitman@ig.com.br
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9983-0419

Ana Paula Nogueira

a-p-nogueira@hotmail.com
R. Jansen de Melo 85/701, Centro, Barra
Mansa - RJ 27345-420
(55) 24 3323-7700 / 9919-5714

Anna Paula Cordeiro

annacorde@gmail.com
Ateliê Corporal - R. General Glicério
400 Lj A, Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ
22245-120
(55) 21 2225-6134 / 9413-6373

Bernardo Borges Lima da Cruz

colunasaudavel@colunasaudavel.com.br
Praia do Flamengo 66/1502 bl. B, Fla-
mengo, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2264-6372 / 9213-4749

Camila Moraes de Souza

camila.mdesouza@gmail.com
R. Constante Ramos 44/709 e 710,
Copacabana, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2545-7730 / 9207-9092

Camille Guedes Laus Brodbeck

camille03@uol.com.br
R. Paulino Fernandes 83, Botafogo, Rio
de Janeiro - RJ 22080-060
(55) 21 2530-2797 / 8686-2511

Célia Regina Holanda Barreto

celrbarreto@yahoo.com.br
Av. Nsa. Sra. de Copacabana 599/401,
Copacabana, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2257-0448 / 9609-5003

Cíntia Braga da Silva

cintiabragafisio@gmail.com
R. Evaristo da Veiga 35/1707, Centro,
Rio de Janeiro - RJ 20031-040
(55) 21 2240-1833 / 9908-3118

Claudia dos Reis Azevedo

claudiazev@ig.com.br
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9257-5961

Cleuza Cantarelli

cleuzacantarelli@globo.com
Av. Armando Lombardi 633/230, Barra
da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2491-2470 / 8151-0203

Cristiane Cunha dos Santos de Moraes

criscunha_rpg@yahoo.com.br
R. Ataulfo de Paiva 1079/708, Leblon,
Rio de Janeiro - RJ 22440-034
(55) 21 2529-8344 / 7851-0802

Cristiane Oliveira

cri-si-nha@hotmail.com
Av. das Américas 7607/226, Shopping
Novo Leblon, Barra da Tijuca, Rio de
Janeiro - RJ 22795-475
(55) 21 9232-4420

Cristina Maria F. Gonçalves Tagomori

cristaogo@ig.com.br
Ilha do Governador Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 8125-9153

Dalila Weber de Castilho

dalilawcastilho@gmail.com
R. Ministro Otávio Kelly 465 - Grupo
Integrado de Reabilitação, Jardim
Icaraí, Niterói - RJ
(55) 21 2714-3728 / 9871-6527

Diego de Castro Sobral

sobralcan@yahoo.com.br
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9622-7213

Elaine Cunha Santos

fiologlobal@ig.com.br
R. Ataulfo de Paiva 1079/708, Leblon,
Rio de Janeiro - RJ 22440-034
(55) 21 2529-8344 / 7851-5427

Elizabeth Rodrigues Dantas

bethagir@terra.com.br
Av. Nsa. Sra. de Copacabana 1059/504,
Copacabana, Rio de Janeiro - RJ 22060-
000
(55) 21 2287-2994 / 9963-5142

Emília Cajaty

emiliacajaty@yahoo.com.br
R. Muniz Barreto 682/303, Botafogo,
Rio de Janeiro - RJ 22251-090
(55) 21 2527-1729 / 8847-0520

Érica Bragança de Carvalho

ericabraganca@yahoo.com.br
R. Jardim Botânico 700/518, Jardim
Botânico, Rio de Janeiro - RJ 22461-000
(55) 21 22461-000 / 8103-7121

Fátima Rosalina Pereira Lopes

fatima_rosalina@uol.com.br
R. Maxwell 23, Vila Isabel, Rio de
Janeiro - RJ 20541-100
(55) 21 2208-9163 / 9218-3359

Fernanda de Paula Souza

fisiofernandapaula@gmail.com
R. Ministro Otávio Kelly 465, Icaraí,
Niterói - RJ
(55) 21 2612-7799 / 8888-6919

Fernanda Gonçalves Ribeiro Lage

nandagrlage@yahoo.com.br
Av. Nsa. Sra. de Copacabana 807/304,
Copacabana, Rio de Janeiro - RJ 22050-
002
(55) 21 3208-1224 / 9400-8103

Fernando Rozenbaum

frozenbaum2@yahoo.com.br
Av. Ataulfo de Paiva 135/303, Leblon,
Rio de Janeiro - RJ 22440-901
(55) 21 9808-8461

Joana Cavalcanti de Abreu

joana.cavalcanti@gmail.com
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9645-0911

Juliana de Goes Hallais Ribeiro

julianahr@hotmail.com
Av. Rui Barbosa 29/206, São Francisco,
Niterói - RJ 24360-440
(55) 21 3062-1300 / 9646-9804

Luiza Israel Ramos

luizaisrael@globo.com
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 8678-2285

Mariana Lima Donner

marianadonner@globo.com
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 8277-9072

Mariana Nunes Ferreira

nananunesfisio@yahoo.com.br
Rua Ministro Otávio Kelly 465, Icaraí,
Niterói - RJ
(55) 21 2709-2928 / 9971-1471

Marina Corrêa Oliveira da Silva

mah_cor@yahoo.com.br
Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 8142-8966

Miriam Dutra Rodrigues Manes

miriamanes@hotmail.com
Av. Ayrton Senna 2150/203 bl. G,
Casashopping, Barra da Tijuca, Rio de
Janeiro - RJ 22775-003
(55) 21 3325-8126 / 7849-3970

Moana Cabral de Castro Mattos

moa.cabral@terra.com.br
Av. Ataulfo de Paiva 135/907, Leblon,
Rio de Janeiro - RJ 22440-901
(55) 21 2259-0969 / 8106-8873

Nurit S. Weyrauch

nuritweyrauch@yahoo.com.br
R. General Glicério 400 Lj A - Fundos,
Laranjeiras, Rio de Janeiro - RJ 22245-
120
(55) 21 2225-6134 / 9643-5992

Priscila Peixoto Morteira
primorteira@yahoo.com.br

Penedo Itatiaia - RJ
(55) 24 9824-5735

Rosemary Ramos Ribeiro Souza
marypilates.com.br

Av. Almirante Tamandaré 553/202 e
203, Piratininga, Niterói - RJ
(55) 21 2714-9043 / 9803-5610

Sandra de A. Dias Gomes
sandraadg@gmail.com

(55) 21 2571-5722

Suely Souza Jorge
suelisj@terra.com.br

Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 9449-8600

Suzana Duque Pinheiro
suzanaduque@yahoo.com.br

R. Tavares de Macedo 95/911, Icaraí,
Niterói - RJ
(55) 21 2704-4524 / 9552-2614

Suzana Guedes da Franca
sgfranca@yahoo.com

Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 8114-1628

Thais Pacheco de Araújo
thaispachecoaraujo@gmail.com

Av. Almirante Tamandaré 553/202 e
203, Piratininga, Niterói - RJ
(55) 21 2714-9043 / 9868-6827

Thais Telma Silva de Souza
ttred23@oi.com.br

R. Ataulfo de Paiva 135/303, Leblon,
Rio de Janeiro - RJ 22440-901
(55) 21 2249-2756 / 9978-4042

Valéria Rosa Pinto da Silva
valeriarosapinto@yahoo.com.br

Laranjeiras - Rio de Janeiro - RJ
(55) 21 2557-6799 / 9468-9914

Vanessa Corrêa Gonçalves
vcgfsio@oi.com.br

R. Tavares Macedo 95/713, Icaraí,
Niterói - RJ 24220-215
(55) 21 3123-0736 / 9804-1467

Vanessa Cristina Taccolini Quercia
vcquercia@hotmail.com

Kasa Pilates - Estrada das Canoas
722/112 Bl. 2, São Conrado, Rio de
Janeiro - RJ 22610-210
(55) 21 2422-2137 / 7827-2825

Viviane Corrêa Gonçalves Ribas
vivianeg.ribas@gmail.com

R. Tavares Macedo 95/713, Icaraí,
Niterói - RJ 24220-215
(55) 21 3123-0736 / 9617-4678

RIO GRANDE DO SUL

Fundadores

Teresinha Schulz
tecaschulz@yahoo.com.br

Porto Alegre - RS
(55) 51 3388-2701

Titulares

Angela Beatriz Campani
acampani@terra.com.br

R. Prof. Ulisses Cabral 1154, Chácara
das Pedras, Porto Alegre - RS 91330-
520
(55) 51 3338-5241 / 9954-5078

Bernadete Merotto Benini
detebenini@hotmail.com

R. Dr. Freire Alemão 351/902, Mont
Serrat, Porto Alegre - RS 90450-060
(55) 51 3533-1452 / 8206-4889

Jorge Luiz de Souza
profepel@hotmail.com

R. Felizardo 750, Jardim Botânico, Porto
Alegre - RS
(55) 51 3308-5862 / 9998-6970

Margareth Leyser
margaleyser@hotmail.com

R. Castro Alves 1113, Rio Branco, Porto
Alegre - RS 90430-131
(55) 51 3029-4439 / 9122-3877

Aspirantes

Ariane Ethur Flores
arianeflores@uol.com.br

R. Ernesto Becker 1425, Rosário, Santa
Maria - RS 97010-140
(55) 55 3026-0134 / 9978-1363

Cristina Alice Gessinger
cgessinger@ibest.com.br

R. Júlio de Castilhos 2835/301, Centro,
Uruguaiana - RS 97510-311
(55) 55 3411-2221 / 9976-2234

Fernanda Volpatto da Silva
fernandavolpatto@hotmail.com

R. José de Alencar 207/406, Menino
Deus, Porto Alegre - RS 90880-481
(55) 21 3233-6110 / 9326-4991

SANTA CATARINA

Titulares

Lisana Torres
lisanatorres@gmail.com

Travessão Carreirão 104/306, Centro,
Florianópolis - SC 88015-540
(55) 48 3225-6452 / 9951-3793

SÃO PAULO

Honorário

Lúcia Campelo Hahn
São Paulo - SP

Titulares

Alessandra Morais
ale.mrs@uol.com.br

R. Oscar Freire 1946, Pinheiros, São
Paulo - SP 05409-011
(55) 11 3064-0954 / 9111-4321

Alexandro Luís França
sandrofranca@hotmail.com

Av. Padre Pereira de Andrade 341, Alto
de Pinheiros, São Paulo - SP 05469-000
(55) 11 3022-4965 / 8354-4099

Ana Luiza de Souza Luca
analuizaluca@uol.com.br

Av. Tiradentes 101/62, Centro, Taubaté
- SP
(55) 11 3621-4100 / 9744-3251

André Eduardo Trindade
andretrindade@terra.com.br

R. Capote Valente 439/101 e 102, Pin-
heiros, São Paulo - SP 05409-001
(55) 11 3063-2987 / 9878-8747

Beatriz Ocougne

bia@biaocougne.com.br

Alameda Gabriel Monteiro da Silva 463,
Jardins, São Paulo - SP 01442-000
(55) 11 3064-5049 / 9372-9652

Cecília Stephan

ceciliastephan121@hotmail.com

R. Ática 500, Aeroporto, São Paulo - SP
04634-042
(55) 11 5031-6089 / 8237-4742

Claudia Regina Fonseca
caufonseca@uol.com.br

São Paulo - SP
(55) 11 9689-0702

Cristina Faria Westphal

crisfw@yahoo.com

R. Joaquim Antunes 767/93, Pinheiros,
São Paulo - SP 05415-012
(55) 11 3082-1012 / 9138-6159

Dulce Maria Neves Alario Estevam

dulcealario@hotmail.com

Rua da Consolação 3367/23, Cerqueira
César, São Paulo - SP
(55) 11 3085-8556 / 7338-5006

Jane A. Ciconell Figueiredo

janefigueiredo@terra.com.br

R. José Jannarelli 199/154, Morumbi,
São Paulo - SP
(55) 11 3722-3916 / 9634-2862

Janette Zamudio Canales

jane_canales@terra.com.br

R. Caconde 49/82, Jardim Paulista, São
Paulo - SP 01425-011
(55) 11 2307-0567 / 8155-4250

Josiane Izaias Paulino Mila

josiane.fisio@uol.com.br

R. Topázio 965, Vila Mariana, São Paulo
- SP 04105-063
(55) 11 5686-9494 / 7105-9893

Lais Cristina Piccinini Costenaro

laiscostenaro@uol.com.br

R. Joaquim Antunes 727/116, Pinheiros,
São Paulo - SP 05415-012
(55) 11 3082-6300 / 9905-0054

Margarete Primati

mprimati@ig.com.br

Av. Agami 347, Moema, São Paulo - SP
04522-001
(55) 11 5051-9184 / 9945-2845

Maria Angélica A. dos Santos

mangelsantos@uol.com.br

Av. Nove de Julho 3229/1003, Jardim
Paulista, São Paulo - SP 01407-000
(55) 11 3882-7200 / 9602-9568

Maria Antônia Carneiro da Cunha

Miguet

tota.miguet@terra.com.br

R. Maria Tereza Dias da Silva 116,
Cidade Universitária, Campinas - SP
13083-820
(55) 19 3289-5567 / 9105-1025

Maria Clara Bazan Menini

clara.bazan@uol.com.br

R. Molière 212, Jardim Marajoara, São
Paulo - SP 04671-090
(55) 11 5548-1516 / 9990-0892

Maria Conceição Esteve

conchiesteve@gmail.com

Rua H 19A casa 104, Campus CTA, São
José dos Campos - SP 12228-510
(55) 12 3021-6638 / 9133-8602

Myriam Martins Novaes

myriamnovaes@msn.com

R. Coronel Souza Franco 1110, Carmo,
Mogi das Cruzes - SP 08780-110
(55) 11 4799-2128 / 9161-9500

Nara Vieira Gomes Pereira

nara.vieira@terra.com.br

R. Major José Inácio 2711, Centro, São
Carlos - SP 13560-161
(55) 16 3376-1668 / 9707-8190

Nícia Poppini Vaz

niciapopini@superig.com.br

Av. Antônio Baturia 393, Alto de Pin-
heiro, São Paulo - SP 05462-050
(55) 11 3031-9382 / 7633-2689

Paula Ramalho Cassão Nogueira

paula.r.nogueira@uol.com.br

São Paulo - SP
(55) 11 9152-5956

Presciliana Straube de Araújo

pstraube@uol.com.br

R. Peixoto Gomide 996/110, Cerqueira
César, São Paulo - SP 01409-000
(55) 11 9192-0095

Renata Liye Matuo

tatamatuo@uol.com.br

R. Prof. Arthur Ramos 241/14, Jardim
Europa, São Paulo - SP 01454-011
(55) 11 3813-1621 / 9635-5724

Rita Mayumi Kubo Wada

rita_wada@yahoo.com.br

R. Caçapava 49/24, Jardim Paulista, São
Paulo - SP 01408-010
(55) 11 3083-1967 / 7283-0319

Aspirantes**Elisabeth Maria Schoenmaker de Block**

lize@translate.com.br

Sítio Figueira Cxp 64, Fundão - Holam-
bra, São Paulo - SP 13825-000
(55) 19 3802-2027

Juliana Pires de Campos Pedroso

julianapcp@ig.com.br

Sorocaba - SP
(55) 11 9268-2531

Marta Erika Matsumoto

martamatsumoto@yahoo.com.br

São Paulo - SP
(55) 11 9291-8020

Silvana Cabral

silvana.cabral@terra.com.br

Rua Visconde de Inhaúma 1241, Centro,
São Carlos - SP 22440-034
(55) 16 3307-5386 / 9159-3583

A APGDS no mundo

BRASIL

Presidente: Renata Ungier

Contato: contato@apgds.com.br

FRANÇA

Presidente: Philippe Campignon

Contato: Lori Campignon -
apgds@wanadoo.fr

BÉLGICA

Presidente: Alain D'Ursel

Contato: APGDS_BEL@hotmail.com

ESPAÑA

Presidente: Tereza Alvarez

Contato: alvarezth@hotmail.com

CANADÁ

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

ITÁLIA

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

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.

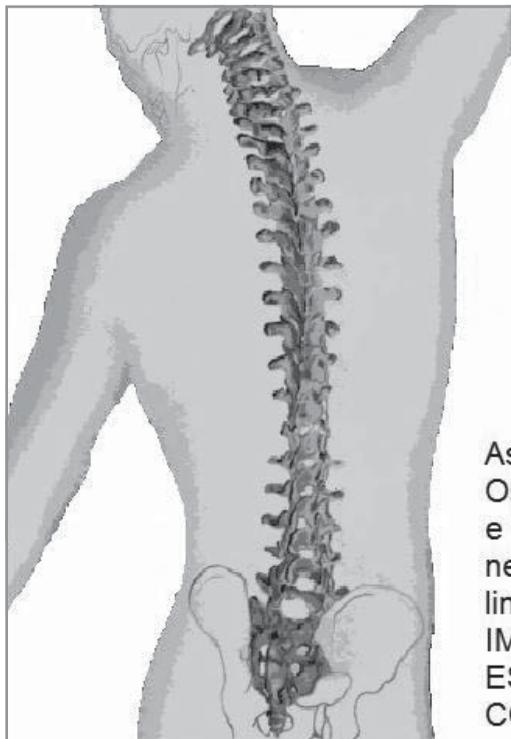
Exemplo 2 (citação literal): Campignon (1996, p.41) afirma que “*respiração e estática são inegavelmente ligadas. O diafragma, ator principal da respiração, depende da estática. Ele é também ator no empilhamento vertebral correto*”.

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. *Infarchaînes* 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.



Bico de papagaio e outros bicos

Grafia do Corpo - Editora UAPÊ

Lucia Leibel Swartzman e Nilza Elayne Leiria de Castro

As Cadeístas GDS e Osteopatas D.O. Lucia e Nilza, apresentam nesse manual, numa linguagem didática, a **IMAGEM DA ESTRUTURA DO CORPO.**

e-mail: bicodepapagaioeoutrosbicos@gmail.com



think
the future

Inglês Espanhol Francês Italiano

- Aulas em grupo
- Aulas particulares
- Monte seu próprio grupo
- Desconto de 20% para associados da APGDS nas aulas em grupo



Há 30 anos, sua casa de idiomas no Leblon.

Av. Gen. San Martin, 1226 -Leblon - 2540-9090