

olhar GDS

2010
nº 4



O método GDS de
Cadeias Musculares em
seus múltiplos enfoques

Editorial

O último ano foi muito marcante para a APGDS. Foi um ano de perdas e renovações. A grande ausência, sem dúvida, se faz pelo falecimento da criadora do método GDS, Mme. Godelieve Denys Struyf, em 11 de setembro de 2009. A prova de renovação se consolidou no II Congresso Internacional da APGDS, na mesma Bélgica de Mme. Struyf, em maio deste ano. Quase trinta brasileiros estiveram presentes a este encontro mágico, em que ciência e sensibilidade conviveram de forma fluida e harmoniosa. Entre as conferências e ateliers, o Brasil contribuiu com os trabalhos consistentes de André Trindade, Alexandre de Mayor, Tota Miguet e Priscilla Duarte. Nossas sessões “Aconteceu na APGDS” e “Cartas dos Leitores” dedicam um espaço especial ao evento.

Em agosto de 2009, duas Jornadas Científicas quase simultâneas, no Rio de Janeiro e em São Paulo, movimentaram a APGDS. No Rio, o convidado internacional Domini-que Chaland ministrou ainda um curso sobre escoliose, que atraiu muitos sócios. Pela primeira vez, o público paulista também teve a oportunidade de presenciar o encontro de profissionais de diversas partes do país, reunidos em torno do tema das cadeias GDS.

No final do ano de 2009, os associados elegeram o novo Conselho Diretor da APGDS. A nova presidente, Bárbara Schindler, assina a carta que introduz nossa homenagem a Mme. Struyf. A atual diretoria conta ainda com Renata Ungier, Alexandre de Mayor, Mônica Souza, Juceia Bayerl e Cristiane Moraes. Toda a comunidade de praticantes GDS ficará sempre grata a Sylvia Nancy Azevedo e Fátima Rosas, pelo brilhante trabalho que desempenharam em cinco anos de participação no Conselho Diretor.

Entre os diversos projetos de 2010, sublinhamos o tão esperado lançamento do site brasileiro da APGDS. Não deixe de visitá-lo: www.apgds.com.br. Além disso, realizamos mais uma edição do Projeto Fim de Semana da Cadeia, desta vez dedicado às cadeias AL e PL.

Ainda este ano, estamos novamente produzindo duas Jornadas Científicas. No Rio, a convidada internacional será a professora francesa Régine Hubeaut, que ministra o módulo psico-comportamental no Brasil há muitos anos. Em São Paulo, contaremos com a conferência do belga Bernard Valentin, que ensina os aspectos biomecânicos do método GDS em diversos países do mundo.

Quanto à Formação GDS no Brasil, uma inovação promete render excelentes frutos para todos nós: para conclusão da formação, torna-se necessária a apresentação de um artigo científico, individual ou em grupo, sob orientação de um membro da equipe brasileira de ensino. A partir do próximo ano, os melhores artigos passarão a ser difundidos nesta publicação. Esperamos, com isso, fomentar a produção de literatura sobre o método, enriquecendo a cada ano nossa revista Olhar GDS.

Em sua quarta edição, a revista Olhar GDS continua seu processo de aprimoramento e constante renovação. Além do tributo à criadora do método GDS, a principal novidade deste número é a inclusão de um artigo de Philippe Campignon e Giselle Harboux, traduzido da revista da APGDS francesa, o Inforchaines.

Convidamos o leitor a percorrer estas páginas, mergulhando nos temas dos artigos, emocionando-se com a trajetória de Godelieve Denys-Struyf e participando, de certo modo, das atividades vivenciadas pelos sócios da APGDS.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Conselho Diretor da APGDS

Homenagem

CARTA DO PRESIDENTE

Em meados dos anos 90, estava andando num bairro antigo do Rio de Janeiro, quando pisei num folheto amarelo, que apanhei para jogar fora. Mas quando li o seu conteúdo, fiquei interessada e fui parar, em São Paulo, na Escola do Ivaldo Bertazzo, onde comecei a minha formação no Método GDS e toda transformação que este trouxe para a minha vida. Um processo de autoconhecimento de “pró-cura”, “que acontece quando tentamos transcender as limitações da vida diária através da contemplação de questões de natureza mais profunda”.

Acredito que muitas pessoas também tem suas histórias de transformação, após conhecer este método e sua criadora que, infelizmente, faleceu em 11 de setembro de 2009, deixando um legado de conhecimento, compreensão e amor ao ser humano.

E com este espírito que homenageamos e agradecemos nossa MESTRA por compartilhar tudo isso conosco.

Percurso de Godelieve Denys Struyf, autora do método GDS

Esse método surgiu ao longo dos anos 1960-1970. Abaixo, as datas importantes do percurso de Godelieve Denys-Struyf, sua autora.

Tradução de Laura Annette F. de Moraes

1931

Nascida na província de Kivu, ex-Congo Belga.

1946

Volta da África.

1946-1951

Estuda desenho e pintura na Academia Real de Belas-Artes em Bruxelas e no “ATELIER” dirigido por Marcel Hastir.

1947-1951

Paralelamente ao curso de Belas-Artes: Curso de psicognomônia¹ (Dr. Camille Bouts e professor Paul Bouts), estudos que se referem às biotipologias e às suas interações psicológicas e fisiológicas, temperamentos e caracterologias, a antropologia.

1958-1961

Estudos de cinesioterapia no ISCAM (Instituto Superior das Carreiras Auxiliares da Medicina em Bruxelas) fundado e dirigido por Jean Nile. Ensaio sobre os deslocamentos da bacia na marcha normal no homem e na mulher.

1960-1970

Elaboração do método das “cadeias GDS” a partir do lema do metiê de retratista: “olhe e aprenda a ver”. Em seguida, use o tempo

que for necessário para anotar, observar, analisar, comparar, classificar, experimentar para verificar.

1961-1969

Encarregada de cursos no ISCAM em Bruxelas, até a sua aposentadoria. Ela dirige um serviço de cinesioterapia e recebe ali os estagiários do ISCAM.

1969

Auxiliada por sua irmã Greet De Keersmaeker-Denys, ela instala um consultório de biometria, complemento necessário na cinesioterapia para a prevenção, os atendimentos e a manutenção, que caracterizam o método G.D.S.

1970

Primeiro curso “Cadeias G.D.S.” para um grupo de osteopatas. Pouco depois começaram os cursos de formação de cinesioterapeutas em Wégimont (Liège, Bélgica) organizados pela SOB (Sociedade de Osteopatia Belga), com o apoio de Pierre Corriat.

1970-1976

Estudos de osteopatia na EEO (Escola Europeia de Osteopatia) em Maidstone (Inglaterra), fundada e dirigida por Thomas Dummer.

1972-1973

Encontro com Françoise Mézières, troca de pontos de vista e elaboração conjunta de uma obra publicada depois da morte de Françoise em 1995, e outra, em 1996.

1978

Publicação pela Sociedade Belga de Osteopatia e De Pesquisa de Terapia Manual (SBORTM), editora Maloine, de uma obra sobre as cadeias musculares e articulares, associadas à características morfológicas e comportamentais², abrindo a via de acesso à noção de “TERRENO de predisposição” em cinesioterapia.

1976-1983

Encarregada de um curso sobre as cadeias musculolarticulares G.D.S. para os osteopatas na E.E.O. em Maidstone, Inglaterra.

A PARTIR DE 1983

Godelieve Denys-Struyf passa a se dedicar totalmente ao ensino do método das “cadeias G.D.S.” na Bélgica; sua biomecânica E seus aspectos comportamentais, e funda com a colaboração de Fleurise e Roger Harmignies, o Instituto das Cadeias e Técnicas G.D.S. (I.C.T.G.D.S.) para a

preservação da qualidade do ensino³.

Elacriano I.C.T.G.D.S. a Comissão dos Docentes e uma comissão encarregada da comunicação com os alunos, antigos alunos e simpatizantes. A primeira associação surgiu na Bélgica, era a A.G.D.S., "Amicale G.D.S.". Nas reuniões ditas, do "Foyer", e nas festas organizadas pela associação, eram ministrados dados cursos e conferências franqueados ao grande público. Era o início das "Cadeias no dia a dia"⁴, uma "Fisioterapia de prevenção" e uma "Fisioterapia de manutenção" para todos. Era também o início da revista INFORCHAIINE, o boletim de ligação da associação.

No decorrer desses últimos anos, Ivaldo Bertazzo divulgou o método G.D.S. no Brasil. Muitos brasileiros foram à Europa para seguir a formação. Em seguida, Godelieve Denys-Struyf foi a São Paulo para o lançamento de seu livro: "Cadeias Musculares e Articulares, o método G.D.S."⁵.

O método vai de vento em popa: a AGDS se tornou uma APGDS

(Associação de Praticantes do Método G.D.S.), fundada na França, seguida da APGDS belga. Outros países seguem o mesmo caminho. Para sua expansão além das fronteiras, o método G.D.S. deve muito ao dinamismo de Philippe e Lori Campignon. Philippe aceitou a responsabilidade de dirigir a Comissão dos Docentes no I.C.T.G.D.S.

Nos anos 2000 ocorre a internacionalização do método, tendo como evento marcante o primeiro Congresso Mundial, em 2007, em Granada, na Espanha, organizado por uma equipe espanhola particularmente dinâmica.

NOTAS

1. Os estudantes de Belas Artes da cidade de Bruxelas tinham a autorização para frequentar, em alguns dias, as aulas de anatomia na universidade livre de Bruxelas, nas salas de dissecção da Faculdade de Medicina.

2. *As Cadeias Musculares e Articulares*, obra impressa várias vezes pelo ICTGDS, divulgada por PRODIM.

3. Sede social do ICTGDS: rue de la Cambre 226-227 1150 Bruxelas, Bélgica

4. "As Cadeias no Dia a Dia", cuidar de suas cadeias no dia a dia.

5. Editado em 1995 no Brasil pela editora Sumus em São Paulo graças a Lúcia Campello Hahn. Esta obra não está disponível em francês.

*"Percorrido, enfim, o caminho mais longo,
a noite interminável,
como uma etapa vivida numa gruta sob a montanha,
uma gruta que jamais viu a luz,
onde se escondem serpentes que imaginamos futuros
dragões.;*

*Mas eis o umbral atravessado,
e nasce a criança que existe em nós.*

*Criança,
Criança a quem foi prometido o Reino dos Céus,
Criança que não precisa de provas,
como os lírios dos campos, você sabe...*

*Você recebe, vive, experimenta o conhecimento...,
menininha que se lança com olhos para ver,
ouvidos para ouvir,
provando os perfumes e os sabores,
experimentando, palpitante, o espaço e o tempo.*

*...
Ela é essa energia-vida,
a chama que se conservou sob o manto do inverno,
quando tudo parecia morto;
ela é a energia criadora que ressuscita a natureza,
que anima nossos seres para conduzi-los à superação.*

*As crianças encarnam essa energia-vida,
a esperança e a seiva que sobe trazendo a renovação;
elas descem correndo às ruas ao ouvirem os sons da festa,
os ritmos que fazem dançar...*

*Elas têm razão, pois vamos mesmo para uma festa,
apesar das feiticeiras e dos dragões de todos os tempos,
Imaginados pelo homem;
Sim, realmente vamos para uma festa,
Se conjugarmos o verbo AMAR"*

Texto extraído do livro "Les âges de la vie",
escrito por Godelieve Denys Struyf

ICTGDS

Denominação: Instituto das Cadeias e das Técnicas G.D.S. chamado também instituto das cadeias musculares e das técnicas G.D.S.

Forma Jurídica: a.s.b.l.

Sede: rue de la Cambre 225-227 1150 Bruxelas (Woluwe-Saint-Pierre)

Fundado em 1983, o ICTGDS (Instituto das Cadeias e Técnicas G.D.S.) é a biblioteca do método GDS, seus arquivos, sua memória, sua história. Godelieve Denys-

Struyf se dedicou para deixar, em particular, seus CARNETS DE ROUTE que são o apoio, o fio condutor do ensino de base desse método.

O ICTGDS tem como finalidade principal preservar a qualidade do ensino e formar docentes. Sua função é preservar a ética e o respeito dos direitos da autora.

O ICTGDS representa as RAÍZES e o TRONCO de uma estrutura que, como o corpo humano, comparado a uma árvore, possui raízes, um tronco e ramos.

Os RAMOS são as A.P.G.D.S, associações que congregam os PRATICANTES do METODO G.D.S. e seus simpatizantes.



Sumário

6	ESPECIAL – Propriocepção: A conscientização corporal Philippe Campignon e Gisele Hárbox
11	O autodesenho auxiliando o processo de avaliação com enfoque no método GDS Mônica Souza
18	Capacidade funcional, independência e autonomia o método GDS na prevenção dos problemas ligados ao envelhecimento Alexandre de Mayor
25	Carta dos Leitores
25	APGDS na internet
26	Aconteceu na APGDS
32	Formação oficial no método GDS de Cadeias Musculares no Brasil
33	Agenda de cursos 2009-2010
34	Bibliografia
36	Lista de Associados da APGDS
41	Normas para publicação

Propriocepção: A conscientização corporal

TRABALHO EM GRUPO: INTRODUÇÃO E REFLEXÕES

Philippe Campignon
e Gisèle Harboux

PHILIPPE CAMPIGNION

Textos recolhidos
e adaptados por
Cédric Carré

Tradução de Laura
Annette F. de Moraes

O trabalho em grupo pode ser considerado como prevenção ou como pós-cura, isto é, uma continuação de um atendimento individual realizado durante um certo tempo. Como readaptação funcional, o trabalho em grupo permite fazer coisas que são mais difíceis de serem executadas nas sessões individuais, principalmente no caso de um tratamento longo e, por esta razão, mais dispendioso. Em grupo, podemos trabalhar o *reaprendizado do gesto justo*, que é um objetivo essencial no método das cadeias.

Portanto, vejo as coisas desta maneira: no início, recebemos pessoas em crise (elas raramente vêm por prevenção, quando tudo está bem) e há aí um trabalho de refuncionalização a ser feito, que corresponde à estratégia da estrela. A estrela ilustra a noção de “*quem controla quem e onde*”, o que subentende a noção de *feudo* e de *residência*. A primeira etapa consiste, então, em tentar restabelecer a pentacoordenação entre as cadeias, a complementaridade.

A estratégia da lemniscata nos lembra que “*o equilíbrio entre as cadeias só é possível na alternância*”, ao contrário do que pensam muitos terapeutas que tentam equilibrar todas as cadeias fazendo-as trabalharem ao mesmo tempo. Isso equivale a colocá-las em competição. A lemniscata nos mostra como a tensão passa de uma cadeia para outra numa ordem preestabelecida: PL-AL-AM-PA-PM-AP. Nessa dinâmica, a cadeia AP tem seu lugar, enquanto que, na estrela, ela não está em lugar nenhum e está em toda parte, em cada ponta da estrela onde ela imprime elasticidade, espontaneidade no controle. Essa estratégia é interessante para a manutenção do tratamento, pois ela permite que tenhamos a certeza de que a tensão circula efetiva e corretamente de uma cadeia para outra e que ela não fica estagnada em apenas uma. Lembramo-nos que, ao fazermos o exercício de exprimir por mímica a estrela, ela se deforma quando exigimos que uma cadeia se imobilize. Infelizmente, essa é a tendência atual na terapia manual, fortalecer, fazer musculação, o que terá, como consequência, colocar as cadeias em competição. Portanto, essa estratégia é interessante para executar alongamentos como

forma de manutenção. Os alongamentos devem ser feitos em circuito. Devemos evitar alongar os elementos de uma única cadeia e nos interessar, no mínimo, por três cadeias, sendo o ideal uma ginástica feita em circuito. Quando estamos em grupo, confrontados com pessoas de tipologias diferentes, é interessante poder propor um circuito de alongamentos em que, finalmente, cada um encontrará coisas úteis que lhe convêm, não esquecendo a instrução geral de não alongar o que não tem necessidade. Incluo sempre, na progressão de minhas sessões de grupo, um circuito de alongamentos que serve ao mesmo tempo de teste para que as pessoas se situem um pouco naquele dia e permite também fazer circular as tensões. No início da sessão, uma vez por trimestre, ou um pouco mais, se são novas no grupo e com pouca flexibilidade.

Mas, atualmente, meu interesse se baseia menos nos alongamentos do que na tomada de consciência. Além disso, nem todo mundo é flexível, há pessoas que são estruturais, e a flexibilidade não é *ipso facto* um sinal de boa saúde. Podemos optar, então, seja por alongar antes de conscientizar, seja por conscientizar e depois alongar. A experiência parece mostrar que alongamentos realizados num esqueleto consciente são mais eficazes.

Para a conscientização do esqueleto, as técnicas são numerosas, como, por exemplo, a eutonia. Para Gerda Alexander, quando temos consciência de nosso próprio esqueleto, o tônus muscular se equilibra. O princípio é colocar um segmento ósseo sobre um plano duro com interposição do plano muscular; damos, então, todas as diretivas necessárias para obter o relaxamento do músculo e o despertar da consciência do osso que está por baixo. Mas não é em toda parte que os ossos são salientes, Mme Godelieve Denys-Struyf propõe, então, apelar para a imaginação, para a PM, nos casos em que o osso não é abordável pelo apoio, pelo toque ou pela vibração. A *teatralização* feita pelo mímico é, então, a ferramenta apropriada para se criar uma imagem correta dessa região para, em seguida, integrá-la em si mesma.

O método das cadeias permite conceber *um trabalho construtivo, por um longo período* nas sessões em grupo, ao contrário do que podemos ver frequentemente em sessões que se sucedem sem ligação entre elas. O método das cadeias não traz necessariamente novidade ao conjunto de exercícios que já existem às centenas: Feldenkrais, Ehrenfried, ioga, etc., mas propõe uma escolha judiciosa em função de um fio condutor que permita organizar as coisas.

Hoje vou lhes propor um trabalho de manutenção do corpo, de conscientização no dia a dia, com o objetivo

de reconstruir pedra por pedra a consciência desse corpo, e, para fazer todo esse trabalho de conscientização, é necessário um fio condutor, uma estratégia, e eu gosto muito da **estratégia do homem roda**. É uma estratégia mecânica e relacional. A *bacia é o eixo da roda* e ela tem que ser sólida. Mas ela é também a base e AM encontra aí sua residência. Assim, começando pela bacia, estamos próximos da estratégia da onda, que serve de fio condutor para um trabalho de reconstrução psicocorporal e propõe fazer ondas de conscientização por não ter podido fazer uma onda de crescimento correto. Se, por exemplo, no momento do desenvolvimento psicomotor da primeira infância, eu não pude captar o que era necessário para conduzir meu AM à maturidade, não é tarde demais para fazê-lo na idade adulta. Portanto, podemos propor ondas de conscientização, colocando as pessoas em ambientes que se referem aos comportamentos mostrados por Mme. Godelieve Denys Struyf. Um trabalho feito no corpo revela, muitas vezes, esses elos entre o aparelho locomotor e o psiquismo. Quando as dificuldades tornam a aparecer, é preciso saber administrá-las, o que não significa intelectualizá-las para o prazer do terapeuta, que se vangloria de compreender a situação. É preciso acolher sem julgar, sem interferir na história do paciente, é o que chamamos de escuta. Em seguida, será preciso dar ao paciente ferramentas que lhe permitam voltar à sua vida normal. Mas não é isso o que hoje nos interessa prioritariamente; vamos voltar ao tema da utilização corporal, sempre conscientes, é claro, de que os dois aspectos são indissociáveis.

Primeiramente vamos definir um plano a longo prazo, uma progressão de estágio a estágio:

1. Tomemos consciência, primeiro, da bacia, para firmar essa base pélvica, que é a residência da AM e dá tanto uma estabilidade física quanto uma segurança de um ponto de vista comportamental. A bacia é também um *cruzamento do eixo horizontal e do eixo vertical*, e é preciso lembrar que é o eixo horizontal que sustenta o eixo vertical, ele é o meio de transporte do eixo vertical. Portanto, trabalharemos também os membros inferiores, cuja fisiologia na posição em pé depende muito da liberdade da articulação do quadril, particularmente, nas rotações.

2. Em seguida, poderemos verticalizar a coluna vertebral para passar para a posição PA.

3. Ficaremos atentos à respiração, pois é sabido que posição ereta da coluna e respiração estão ligadas e, então, passaremos da reaprendizagem da respiração correta à sua automatização.

4. Finalmente, poderemos, então, colocar no lugar as escápulas, o cingulo do membro superior e ir descendo pelos membros superiores.

Precisamos também definir um plano de trabalho em cada sessão, o que podemos resumir da seguinte maneira:

1. análise da situação
2. conscientização
3. movimentação

1. A análise da situação pode ser feita da seguinte maneira: por exemplo, as pessoas são colocadas deitadas de costas e nós as guiamos na conscientização de todas as partes do corpo, priorizando as questões levantadas. Podemos, também, propor um circuito de alongamentos para ver em que ponto cada um está. Num segundo momento, se foram constatadas tensões, coisas que podem impedir a continuidade do processo, devemos fazer, imediatamente, o que for necessário. Por exemplo, são frequentes as distorções pélvicas com uma PL à esquerda, que posterioriza o ilíaco e fragiliza a articulação sacroilíaca. Existem meios para restabelecer o equilíbrio, ainda que seja em alguém que não tenhamos tratado individualmente.

2. Em seguida, passamos à conscientização do esqueleto, o que é um elemento muito importante. Conscientes de nosso esqueleto, de nossas diferentes alavancas ósseas, poderemos nos colocar em movimento.

3. A movimentação subentende um trabalho de reaprendizagem do gesto justo. Para que o movimento esteja justo, é preciso analisá-lo por partes e reaprendê-lo conscientemente.

Se, por um lado, propomos às pessoas desenvolverem, melhorarem sua percepção, é preciso, entretanto, desconfiar desse elemento subjetivo, que é muito útil, por exemplo, na análise da situação, mas que deve ser

considerado secundário no que se refere à reaprendizagem do gesto justo, que deve se apoiar em elementos objetivos que levem em conta a anatomia, a fisiologia, etc. Sabemos que o que sentimos e experimentamos podem induzir a erros, daí, não é porque sinto tal coisa que sei, com certeza, o que é.

Nossos músculos são mais conscientes do alongamento a que são submetidos, devido à atividade de seus antagonistas, do que de sua própria atividade tônica. Eles participam, de um modo considerável, da regulação de nossa postura por um jogo permanente de ação-reação. Esse fenômeno se apóia no reflexo postural de Sherrington, que faz com que o músculo, quando alongado, reaja, aumentando seu tônus de repouso. Essa particularidade pode estar na origem de um erro de interpretação, devido ao fato de que nossos músculos nos informam sobre nossa postura pelo alongamento a que são submetidos. Vou apoiar minha opinião a partir de um exemplo comum: é frequente que pessoas com retificação e até com inversão de curvatura lombar se sintam muito curvadas, seus pssoas, pela retificação da coluna, lhes dão a impressão de que estão desenvolvendo uma lordose lombar. Portanto, não se deve hesitar em impor às pessoas uma imagem, mesmo que ela não se enquadre no que elas sentem. E é por essa razão que o grupo é interessante, já que permite uma troca das diferenças, das diferentes maneiras de ver e de fazer. Cada um pode, então, se dar conta do aspecto relativo do que percebe.

De minha parte, estou convencido de que **a aprendizagem do pequeno movimento deve preceder a realização de grandes movimentos.** Quando reaprendemos um movimento, devemos começar aos poucos. Se o pequeno movimento não é possível, não é o movimento amplo que vai melhorar as coisas. Contornar a dificuldade não libera. Meu amigo Ivaldo, cujos talentos de coreógrafo e de especialista do movimento já são amplamente reconhecidos, me provou isso muitas vezes.

O movimento deve, em seguida, ser repetido e repetido, até que se torne natural e automático. Assim, ele pode se tornar novamente inconsciente, mas reprogramado. E só concebemos essa repetição num gesto útil: por exemplo, há uma nítida diferença entre fortalecer os músculos abdominais, com as pernas para o ar e acionar seu transversos para lhe indicar que deve trabalhar a respiração de uma maneira determinada.

Eis aqui, então, as idéias-mães que vão nos servir para organizar um programa, estabelecendo a sequência das sessões.

Na organização de um curso ou de um ateliê, necessitamos saber até aonde vamos, desde o início, lembrando que o que perdemos mais rapidamente, ao nos tornarmos adultos, é a PAAP, o ritmo, o jogo. Assim, não é possível imaginar terminarmos um curso sem PAAP qualquer que seja o tema proposto. O que é difícil durante uma sessão de uma hora, principalmente em Paris, onde trabalho e aonde as pessoas chegam cansadas, estressadas pelo trabalho e pelo metrô, etc. Eu não posso fazê-las ir embora depois de 5 minutos de PAAP, isso as deixaria ainda mais cansadas.

O trabalho que proponho é desenvolvido, progressivamente, durante o ano. O que, talvez, não seja lógico, pois depois das férias as pessoas deveriam estar em forma e poderíamos começar por sessões dinâmicas. Ao contrário, eu lhes proponho, no começo do período, que se coloquem, que se descubram, ainda mais que sempre há novatos que ainda não conhecem esse tipo de trabalho e para quem sessões muito dinâmicas podem não convir num primeiro momento.

Às vezes, é preciso, também, descontentar as pessoas e, apesar disso, fazer com que se sintam capazes de tomar conta delas mesmas. Em uma sala, temos que prestar muita atenção para ver quem está bem e quem não está, qualquer que seja o número de participantes, para nos aproximarmos daqueles que não se sentem confortáveis, para tentar entender o que se passa com eles naquele momento e ver o que poderia ajudá-los, por exemplo, uma almofada, um pequeno gesto. É importante circular entre os participantes durante as sessões para verificar as posturas, mas anotá-lo para si mesmo, lembrando-se delas e, principalmente, não rotular as pessoas, mencionando suas distorções, pois elas se sentiriam, assim, à margem do grupo.

Nem tudo vai agradar a todo mundo e nem todos vão aproveitar da mesma maneira os exercícios propostos. Mas nós temos que saber o que dar a cada um.

Fazer esse tipo de trabalho é entrar na intimidade do corpo. Vamos mexer com tensões, hábitos, posicionamentos e instalar outros. Precisamos saber que algumas pessoas vão se sentir desconfortáveis depois de certas sessões, mas não devemos deixar que isso nos perturbe. Se elas aceitarem voltar, as coisas vão progredir, vão se acomodar.

Precisamos prestar a atenção, na primeira vez, ao que vamos propor como tipo de trabalho para pessoas

que não conhecemos. Por exemplo, exercícios a dois para alguém que não pode, ainda, ficar muito próximo de outro.

Alguns propõem um trabalho diferente de acordo com a estação, por exemplo, PL, de preferência, na primavera, PAAP, no verão, AM ou AL, no outono e PM, no inverno. Eu, pessoalmente, proponho um trabalho que vai progredindo durante o ano, fácil, no começo, e depois, cada vez mais difícil. Ocorre o mesmo na abordagem das cadeias. Trabalhamos sempre várias estruturas juntas na dinâmica dos triângulos.

Trabalhamos as antagonistas, terminando sempre pelo lúdico, pelo prazer, por pequenos movimentos que levam à PAAP, antes de voltar para a vida do dia a dia.

Primeiro vejo as pessoas em trabalho individual. É uma vez por semana, e eles saem sempre com um exercício para fazer em casa, de acordo com sua patologia. Eu proponho que anotem, a cada vez, esses exercícios, pois eles os esquecem e logo ficarão sobrecarregados. Esses exercícios seguem também uma progressão

Dar-lhes algo para fazer é a única maneira de levá-los a se assumirem, dar-lhes o poder de fazerem algo de positivo para eles mesmos, se descobrirem. Depois, quando eles melhoram, eu lhes proponho o grupo, pois para mim o grupo é um objetivo. Logo no começo isso não é possível para todos, assim, é necessária uma preparação através do trabalho individual, pois é um grande investimento pessoal, principalmente para os homens, que têm dificuldade em vir, uma vez por semana, para se cuidarem. Muitas vezes eles pensam poder fazer tudo sozinhos. Tenho menos de 10% de homens em meus grupos. Alguns não têm uma patologia que necessite de um tratamento específico: para esses, proponho começar logo no grupo, mas para seu conforto e seu bem-estar diário, cada um precisa disso, mesmo sem se dar conta, e, aqui, é seu modo de interagir com as pessoas que vai determinar se eles vão ou não voltar. Pois é um grande investimento em tempo, em dinheiro, é aceitar ter que se cuidar. E, a longo prazo, fazer isso é difícil.

Se conseguirmos, é um ganho inestimável, pois animar grupos é bem mais simpático, mais lúdico, mais confortável. E as coisas vão se organizar em torno da forma de trabalhar de cada um. Cada terapeuta deve e vai encontrar seu estilo de animação, escolha de exercícios, com ou sem música, etc. que é o resultado de seu próprio percurso e de todas as influências que sofreu. Durante os estágios, profissionais e não profissionais trabalharão

juntos e estes últimos têm, muitas vezes, zonas sombrias em sua imagem corporal. Falo com todos usando sempre os mesmos termos técnicos sobre anatomia, com esquemas e imagens para colorir, de uma maneira lúdica, e cada um vai embora, conhecendo a zona trabalhada. Os não profissionais conhecem muito bem seus corpos e, frequentemente, fazem perguntas muito interessantes, que os profissionais nem pensariam em fazer.

Sempre tentar organizar o estágio com músicas, adaptadas ao ritmo de cada movimento, o que tornará bem mais leve a densidade dos estágios.

BIBLIOGRAFIA

Aginski A., *Sur le chemin de la détente*, Ed. Trédaniel, 1994.

Alexander G., *Le corps retrouvé par l'eutonie*, Ed. Tchou, 1977.

Campignon Ph., *Respir-Actions*, Ed. Frison-Roche, 2007.

Denys-Struyf G., *Les chaînes musculaires et articulaires*, Prodim, Bruxelles.

Ehrenfried L., *De l'éducation du corps à l'éducation de l'esprit*, Ed. Aubier Montaigne, 1956.

Feldenkrais M. *L'évidence en question*, édité par l'inhabituel.

Mézières F., *Gymnastique statique*, imprimerie polyglotte Vuibert, 1947.

Van Lysbeth A., *J'apprends le Yoga*, Flammarion.

Resumo

O presente artigo descreve uma abordagem complementar ao processo avaliativo. A avaliação é um procedimento necessário e fundamental para determinar a conduta terapêutica mais indicada e eficaz para cada indivíduo. A utilização de ferramentas extras auxiliando esse processo de pesquisa possibilita uma refinada colheita de dados sobre o paciente. Exemplo de um instrumento de pesquisa complementar que auxiliam a pesquisa é a expressão pelo desenho. O foco deste estudo é utilizar o autodesenho do paciente associando-o aos dados colhidos na avaliação a fim de auxiliar uma pesquisa mais detalhada e assim, traçar uma conduta terapêutica própria ao paciente respeitando a sua individualidade, sendo este preceito fundamental do método GDS. Este artigo pretende contribuir para a discussão sobre a possibilidade da análise do desenho para acessar o paciente e alcançar as suas reais necessidades terapêuticas.

Palavras-chave: método GDS, avaliação, análise do desenho, imagem corporal, consciência corporal.

O autodesenho auxiliando o processo de avaliação com enfoque no método GDS

Mônica Souza

O método GDS, segundo Campignon (2003), é um método global de fisioterapia com abordagem biomecânica e comportamental, de prevenção, de tratamento e de manutenção. O tratamento se baseia na regularização das tensões musculares, na remodelagem, no reajustamento ósteoarticular e na conscientização e utilização psicocorporal.

A escolha da estratégia terapêutica mais adequada para cada paciente vai depender exclusivamente do processo de pesquisa. É no momento da avaliação que se realiza uma leitura precisa das marcas morfológicas, da forma, do gesto e da postura com base na compreensão do terreno predisponente. A autora do método GDS, Godelieve Denys-Struyf, a partir de uma longa pesquisa de campo, com milhares de casos, definiu as diferentes atitudes e os encadeamentos musculoaoponevróticos que as subtensionam. Philippe Campignon (2003) cita a descrição de Godelieve Denys-Struyf sobre tais encadeamentos em *"há seis famílias de músculos para que o corpo possa exprimir-se. Elas podem, porém, vir a tornarem-se cadeias de tensão miofasciais que aprisionam o corpo em uma tipologia"*. Cada cadeia muscular, dependendo da maneira que é utilizada no cotidiano, irá gerar um terreno predisponente.

Entretanto, compreender o terreno que está gerando sofrimento sucede à realização de uma pesquisa aprofundada associada ao olhar e à escuta refinada do terapeuta. Tal processo possibilita à decisão da conduta terapêutica mais apropriada para cada indivíduo. A possibilidade de se utilizar ferramentas extras associadas ao processo de pesquisa fa-

vorecerá uma melhor definição da conduta e consequentemente, a obtenção de resultados significativos.

O presente artigo traz uma abordagem terapêutica que venho realizando, há alguns anos, na minha prática clínica. Como ferramenta de auxílio à avaliação, insiro uma proposta de realização do autodesenho. A análise do desenho da figura humana sempre me estimulou ao estudo. Por essa razão, decidi incluir tal ferramenta ao meu processo de pesquisa sem muita expectativa de resultados, mas fui surpreendida em cada avaliação.

Para o desempenho da proposta deste trabalho, a fundamentação teórica se fará a partir da literatura do método GDS e da inclusão de duas referências específicas sobre desenhos, Di Leo (1991) e Derdyk (1989), profissionais das áreas das disciplinas comportamentais, que se aprofundaram na interpretação dos desenhos infantis. Além dessas referências, será acrescentado o meu olhar individual que fala de conhecimento a partir dos estudos, associado à minha intuição. Este artigo pretende contribuir para uma reflexão sobre a importância de utilizar ferramentas que auxiliam e que possibilitam um melhor refinamento da observação e do olhar terapêutico.

O método GDS parte do princípio de que *“não se deve aceitar aquilo que se ouve como verdade absoluta”*. *“Aprender a ver”*, *“ter eficiência no olhar”* e *“ver sem idéias preconcebidas”* são características fundamentais da abordagem terapêutica do método, conforme Godelieve Denys-Struyf (1995). Tal autora ainda ressaltou que *“importante é estar em condições de ver, compreender e responder às mensagens gestuais e posturais. Elas são palavras que se ouvidas e compreendidas, contribuem para aliviar o desconforto humano”*.

Entretanto, qual é o alcance desse “olhar”? O quanto é possível “ver”? Como é possível “ver”? Muitas vezes, durante a avaliação, dados importantes do discurso verbal e principalmente da atitude comportamental não são devidamente expressados pelo paciente e observados pelo terapeuta. Algumas expressões são visíveis, mas é possível estar diante de expressões invisíveis, inaudíveis, fragmentadas, silenciadas. A maneira como se ouve e como se vê a história do paciente é que vai determinar o que realmente será terapêutico para ele. A utilização de ferramentas extras passa a ser um instrumento importante para facilitar o alcance de atitudes que não foram expressas e de informações sobre o autoconhecimento.

Di Leo (1991) afirma que a expressão pelo desenho permite ao indivíduo projetar sobre o papel aquilo que sente e a imagem que tem de si mesmo, ou seja,

“os desenhos sempre refletem o que o indivíduo sente, a sua capacidade intelectual, o seu desenvolvimento físico, a sua acuidade perceptiva, o seu envolvimento criador, o seu gosto estético e até a sua evolução social”. Tal autor ainda resalta que *“a expressão pelo desenho consiste no reflexo da imagem do paciente, representando a expressão de sua própria imagem corporal. O indivíduo, com as suas representações simbólicas no desenho, mergulha no seu inconsciente”*.

Segundo Derdyk (1989), o desenho é uma *“verdadeira fábrica de imagens”*. O desenho conjuga elementos oriundos do domínio da observação sensível do real e da capacidade de imaginar e projetar, vontade de significar. A autora ainda afirma que *“no ato do desenhar, estão várias manifestações mentais, como imaginar, lembrar, sonhar, observar, associar, relacionar, simbolizar, rerepresentar”*.

Di Leo (1991) também resalta que o desenho reflete a personalidade de quem desenha, pois os desenhos expressam sua afetividade, e o examinador deve ter uma metodologia analítica e intuitiva para analisá-lo. Pelo estudo do desenho da figura humana em diversas áreas da clínica psicológica comportamental, não se deve, porém, pretender mais do que a técnica se propõe: **ela não permite um diagnóstico diferencial seguro**. Tal observação também foi ressaltada por Cox (2000) quando afirmou que *“não se deve proceder à análise clínica por meio de testes dos desenhos”*.

Dentro da psicologia, o desenho é considerado como um precioso instrumento, um meio de comunicação, através do qual as pessoas projetam os seus conflitos. Segundo Di Leo (1991), *“por meio de aspectos simbólicos do desenho o inconsciente se manifesta”*.

Na Fisioterapia, é possível utilizar tal ferramenta para avaliar a consciência e imagem corporal que o indivíduo possui de si, ou seja, o autoconhecimento das suas estruturas anatômicas, da segmentação e diferenciação dos seus membros, do seu eixo corporal e da disposição corporal. O desenho representa e simboliza a maneira como ele se vê. A proposta de se desenhar possibilita ao paciente entrar em contato com o seu próprio corpo, ter a consciência dele.

Para o método GDS, ter consciência do corpo é ter acesso às sensações, às funções, aos espaços, ao volume, ao limite, ao contorno, ao interno e externo. Quando o paciente se concentra e expressa as suas sensações via desenho, o seu imaginário se concretiza naquele papel. O indivíduo pensa nas suas estruturas ósseas, nas suas articulações, no funcionamento, nos espaços, nas dimensões. Para Godelieve Denys Struyf (2010), *“consciência do*

corpo, corpo habitado, ter corpo dá volume humano. Volume humano dá presença; a presença torna-se visível”.

A proposta da realização do autodesenho na primeira consulta, ou seja, na sessão de avaliação, auxilia não somente ao terapeuta em definir em que fase do autoconhecimento o paciente se encontra, mas também possibilita ao paciente de começar a se rever como estrutura humana.

Os casos que serão expostos referem-se a pessoas com idade entre 21 e 63 anos, que serão chamados por pseudônimos. Em todos os casos, após o término da anamnese, foi sugerido que cada paciente realizasse o **desenho do seu esqueleto**. A proposta de desenhar o esqueleto vem associada à citação de Godelieve Denys-Struyf (1995): *“no nosso corpo o esqueleto ósseo determina o nosso SER na vida e os músculos determinam nosso ESTAR na vida”*. Desde o momento da concepção, cada corpo, no seu processo de crescimento, vai se modelando e codificando dentro dos ossos uma quantidade imensa de informações. À medida que a vida prossegue, os ossos continuam a armazenar novas informações. Sendo assim, para Godelieve Denys-Struyf (1995), *“a forma do osso traduz nossa maneira de ser e de agir”*. Conforme Bernard Valentin (2007), *“a forma do osso, influenciada pelas trações repetidas dos músculos, pode ser revelada por meio da linguagem do corpo”*.

Para realizar tal proposta, cada paciente recebeu uma única folha e canetas coloridas, mas é pedido para que ele escolha apenas uma. A proposta é: *“Desenhe o seu esqueleto”*. A análise já começa a ser feita desde o momento da reação dele ao receber tal proposta. Alguns riem, outros, se espantam. Alguns se indignam e outros, sentem-se desafiados. Uns falam que não sabem desenhar e outros, perguntam: *“Mas tem que desenhar todos os ossos?”* Alguns levantam as sombrancelhas, outros resmungam e outros, não emitem nenhum som e apenas olham para a folha e ficam pensando. E ainda têm alguns que se recusam a realizarem o desenho e preferem deixar para outro dia. Tal decisão é totalmente acolhida e respeitada. Muitas perguntas são feitas: *“Esqueleto? De frente, de costas ou de lado?”*; *“Posso colocar roupa?”*. Cada paciente reage à proposta de maneira totalmente única. Cada tipologia psicocomportamental vai se expressar da sua forma, dentro das suas características. Isso permite pensar nas propostas que serão feitas ao longo do trabalho e como abordá-las.

Após essas primeiras observações, inicia-se a colheita de outros dados:

- O comportamento diante da proposta: tranquilidade e segurança, ansiedade em relação ao tempo, perfeccionismo, lidar como uma verdadeira brincadeira e outras reações caracterizam cada tipologia.

- O tempo que cada um utilizou: permitir que o paciente realize tal proposta no seu tempo, possibilita-o à liberdade. A análise da utilização de um tempo curto ou longo ou moderado para realizar a proposta, deve ser associada ao comportamento diante da mesma.

- O alcance da real proposta *“desenhar o seu esqueleto”*: apesar da proposta ter sido clara, muitos não desenharam o esqueleto e sim, realizaram o desenho do corpo, com contorno, pele e roupas. Essa pode ser uma boa referência, a partir do desenho, de até onde o terapeuta pode chegar inicialmente. Como mencionado anteriormente, *“... o esqueleto ósseo determina o nosso SER na vida...”* (Godelieve Denys-Struyf, 1995), quando o paciente, ao receber uma proposta de mostrar o seu “ser”, mostra a sua estrutura coberta, demonstra que pode existir um limite. A pele, a roupa, o contorno fala de uma fronteira. Neste momento, fica inscrito o cuidado que deve ser tomado para se chegar a esse corpo. A sutileza desta mensagem pode estar explícita. Tal informação permite ao terapeuta agir de maneira cuidadosa e acolhedora. A maneira de se tocar nesse corpo e na sua dor, a forma de se falar sobre as dificuldades e sobre as futuras mudanças são observações que devem ser feitas internamente pelo terapeuta para que, em momento algum, o paciente se sinta agredido e invadido.

- O tamanho do desenho: pensar no tamanho pode associar às tipologias AL e PL. O AL ocupa pouco espaço, é discreto, sutil. O paciente se desenha pequeno, no canto da folha, de maneira bem discreta. O PL é espaçoso. O desenho é grande, ocupa a folha quase inteira.

- As regiões evidenciadas: as regiões de maior tensão, dor, desconforto podem ser identificadas, dependendo do caso. É possível verificar que há uma tensão na região além, de uma ausência de compreensão sobre as estruturas anatômicas des-

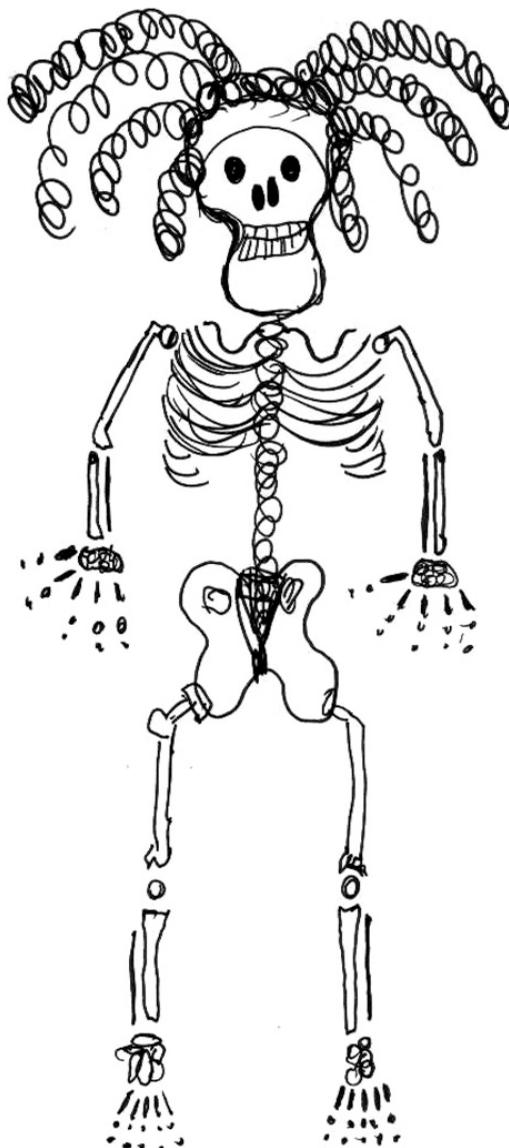
sa região e suas funções. Utilizar esse dado de informação pode permitir ao terapeuta começar por essa dificuldade na área do entendimento. Reaprender, reorganizar, reestruturar são processos fundamentais dentro da terapêutica do método GDS, a partir da sua abordagem biomecânica.

- A ausência de estruturas: quando o paciente não desenha alguma estrutura, pode entender como, além da falta de informação, uma dificuldade de compreensão. É importante sinalizar sobre o que faltou e explicar sobre as estruturas ausentes. Talvez, a possível falta de compreensão e de informação é que está dificultando a consciência da estrutura e da função corporal e consequentemente, instala-se a sobrecarga e a dor. Em muitos casos de desenhos de pacientes com patologias lombares, por exemplo, está expressa a dificuldade de compreensão da articulação do quadril.

Todos os dados ressaltados acima poderão ser visualizados nos casos que serão abordados a seguir. A leitura sobre uma parte da anamnese de cada paciente estará descrita referindo-se aos pontos relacionados aos desenhos. Entretanto, é importante lembrar de que cada detalhe observado está servindo apenas como um complemento para a anamnese.

O primeiro caso a ser demonstrado fala do desenho do esqueleto de Ana Cláudia, uma mulher de 63 anos, extremamente alegre, comunicativa e muito dinâmica. Chegou à sua 1ª consulta na hora marcada, sem atraso, e contou a sua história de maneira bem aberta, desinibida. Relatou cada fato de maneira ordenada, lembrando-se de datas, medicações utilizadas e tratamentos realizados. Falou sobre qualquer assunto sem o menor constrangimento e de forma prática. Tem uma estrutura de vida bem organizada: casa, família e trabalho. *“Na minha vida, tudo tem que funcionar, caso contrário, eu não produzo”*, afirma. Sua vida profissional é ativa: a paciente é proprietária de uma agência de viagens que promove intercâmbios, onde trabalha 10 horas por dia. A paciente relatou que é muito feliz profissionalmente e que a maior motivação dela é o trabalho: *“Eu acordo feliz e doida para chegar à agência”*. Trouxe como queixas principais: *“Tenho uma queimação forte no meio das costas; dor na lombar, aqui perto da Bacia, onde travei algumas vezes na minha vida; e quando estou muito cansada, estressada, tenho dor nos ombros. Fico cheia de nó aqui nesse músculo do ombro”*.

Ana Cláudia reagiu à proposta do autodesenho de maneira bem positiva e com muita descontração. Quando observa o desenho, é possível constatar uma compactação na região da cintura escapular e do gradil costal, uma impaction vertebral e do sacro entre os ilíacos, ou seja, o desenho demonstra uma possível rigidez nessas regiões. Tal detalhe permite nortear um trabalho de reposicionamento do sacro, descolamento do tecido miofascial que dá suporte e flexibilidade a todo o eixo vertebral, a instalação do reequilíbrio e da coordenação da cintura escapular, movimentos de lemniscata para instalar volume e mobilidade ao gradil costal além de, orientar sobre as rotações da articulação coxofemoral para dar uma melhor flexibilidade pensando em trabalhos com a tríade dinâmica (AL-PL-AP). A referência do desenho permite ao terapeuta certificar-se de vias mais eficazes de acesso à compreensão do paciente.





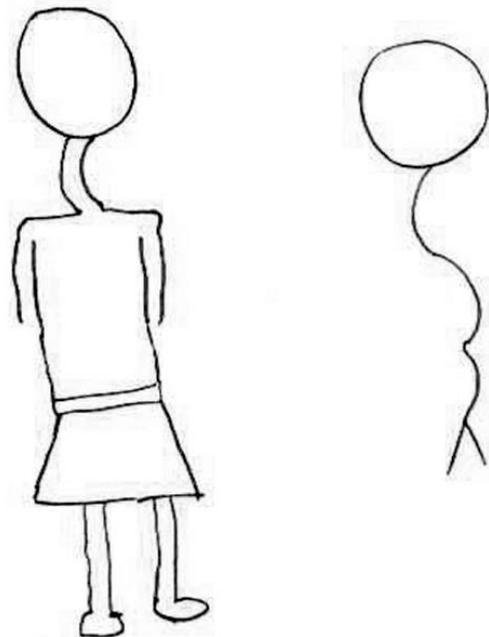
O próximo caso mostra o desenho de uma jovem mulher de 27 anos, Verônica. Desde o momento em que chegou à sessão, Verônica se colocou de maneira distante e bem reservada. Narrou sobre a sua história de maneira clara e bem objetiva. Não aprofundou nenhum detalhe, mas respondeu a tudo o que lhe foi perguntado. Questionou sobre em que constava o tratamento, como seria realizado e o tempo necessário para acabar com a dor. Trouxe como queixas principais, *“uma dor constante no joelho esquerdo e um incômodo na coluna”*. Sua reação ao receber a proposta de realizar o autodesenho, foi de surpresa associada à estranheza. Questionou, mas realizou. Em pouco tempo já estava pronto.

Uma expressão comportamental AL ficou bem clara na representação. A cor utilizada, o traço fino. A não realização da proposta (desenho do esqueleto) mostra o limite instalado. Entretanto, Verônica permitiu chegar às dores dela. A coluna e o joelho esquerdo foram as únicas estruturas corporais representadas. Tais dados de informação permitiram realizar uma conduta inicialmente bem sutil, onde foi trabalhado desde os pés, na reprogramação dos arcos; na estimulação da sensação profunda dos ossos, a partir de uma compressão manual, visando dar continente e segurança; percussão de todo o esqueleto; rotações da articulação do quadril; associado à reestruturação osteomioarticular de todo o membro inferior.

O seguinte caso fala de uma paciente de 21 anos, Manuela, que trouxe uma queixa associada a um sentimento de revolta. *“Tenho uma dor forte na minha coluna cervical porque não tiveram um cuidado especial comigo quando eu era adolescente”*. Tal relato fala sobre uma escoliose idiopática que foi diagnosticada aos 13 anos de idade.

Manuela foi orientada em usar diariamente o colete de Milwaukee, durante um ano e ½, associado à fisioterapia. Caso não melhorasse, seria indicada a cirurgia. A imagem de ser *“torta”* incomodava muito. Durante todo o período de utilização do colete, foi sendo amadurecida, juntamente à sua família, a idéia da cirurgia. O médico que lhe tratava explicou sobre *“a colocação de uma haste metálica dentro da coluna que a deixaria reta”*. Quando o tempo do colete terminou e se constatou que *“nada tinha melhorado”*, a cirurgia foi realizada. Foi um sucesso, a recuperação do pós-operatório foi praticamente rápida e logo voltou a ter vida normal.

Entretanto, aos 19 anos começou a ter um dor muito forte na cervical com crises constantes de enxaqueca e labirintite. Manuela retornou ao seu médico e foi pedida uma nova radiografia panorâmica da coluna vertebral e um exame de ressonância magnética da coluna cervical. Foi diagnosticada uma escoliose da coluna cervical. A paciente indagou: *“Mas outra escoliose?”* O médico respondeu que *“poderia ou não ter acontecido, mas aconteceu. Agora vai precisar fazer sempre fisioterapia. Não tem como fazer outra cirurgia”*. Manuela foi então à procura de tratamento. Submeteu-se a vários tipos de terapias. Começou a se interessar mais sobre o assunto, ler e perguntar para especialistas. Descobriu que é muito comum desenvolver um desvio na coluna cervical após a realização da cirurgia nos níveis inferiores da coluna. Tal descoberta a fez se sentir *“traída e totalmente abandonada”*. Manuela questionou: *“Por que o médico não me*



falou que isso era bem provável de acontecer? Se eu soubesse disso naquela época, não teria feito até porque, eu não tinha dor. Apenas era torta. Hoje continuo torta e com dor, muita dor". Após realizar inúmeros tratamentos, a dor continuava a insistir, mas as crises de enxaqueca e labirintite tinham diminuído.

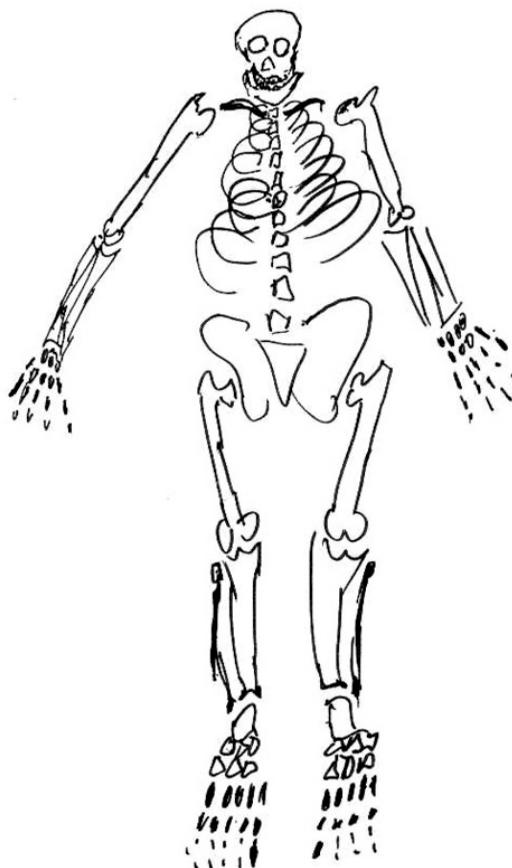
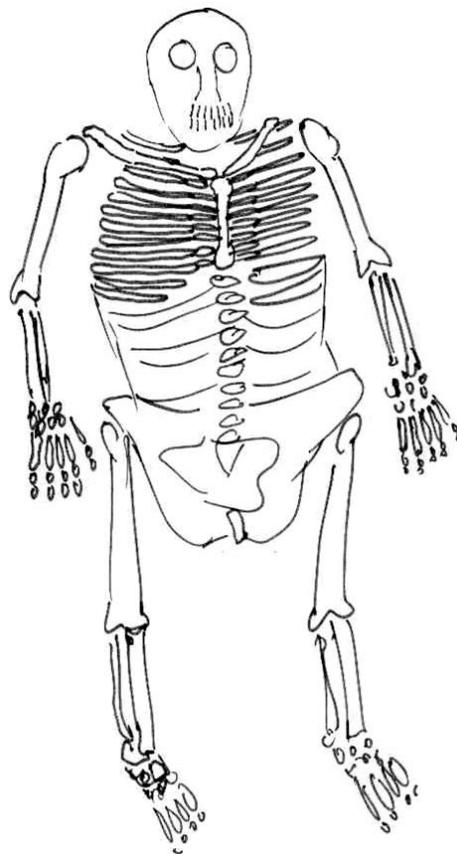
No desenho da Manuela, podem ser observados alguns detalhes. Toda a dor da decepção a fez se fechar, se proteger numa atitude AL. A cor utilizada, a presença da roupa sobre o corpo, a ausência das mãos podem expressar uma característica de mecanismo de defesa. A relação dela em considerar o desvio da coluna cervical como estar "torta" inteiramente é representado no desenho da direita.

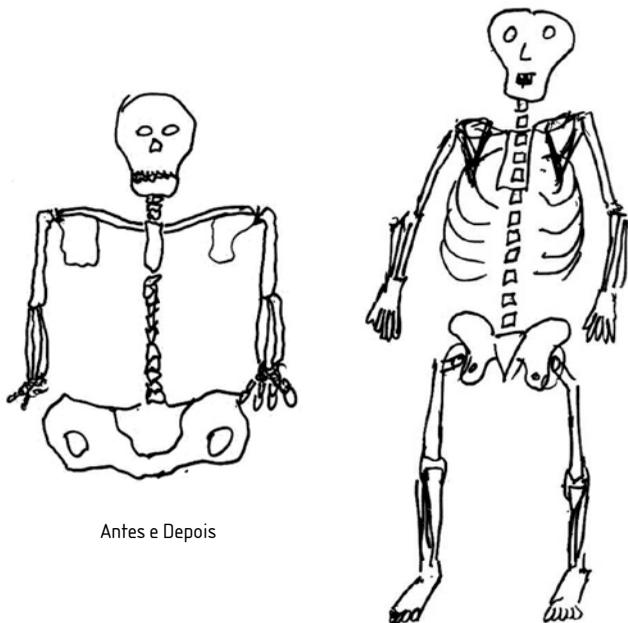
A partir de todos esses dados informados com o complemento do desenho, a estratégia inicial realizada foi alimentar a estrutura AM com muita massagem, muito estímulo sensorial. O acolhimento da dor, da decepção, do sofrimento e do medo foi a estratégia inicial na terapêutica desta paciente.

Os dois desenhos ao lado são exemplos de dois casos distintos. O desenho da esquerda é de um homem de 53 anos, Antônio, que chegou com uma queixa de "dor lombar há mais de 10 anos e uma tensão constante na nuca". O desenho da direita é de um jovem de 24 anos, Leonardo. Suas principais queixas, "dor de cabeça frequente e dor na articulação da mandíbula". Tais desenhos são representações de pessoas completamente diferentes, com histórias diferentes. Entretanto, possuem características semelhantes: os dois desenharam os seus esqueletos de maneira detalhada e deram ênfase às regiões de suas queixas. O excesso de tensão e a compactação podem estar relacionados a uma necessidade de rever a função, o volume, a consciência. Foi realizado nas primeiras sessões, um trabalho de reestruturação utilizando as peças ósseas de um esqueleto além da refuncionalização e da reaprendizagem do gesto correto e justo.

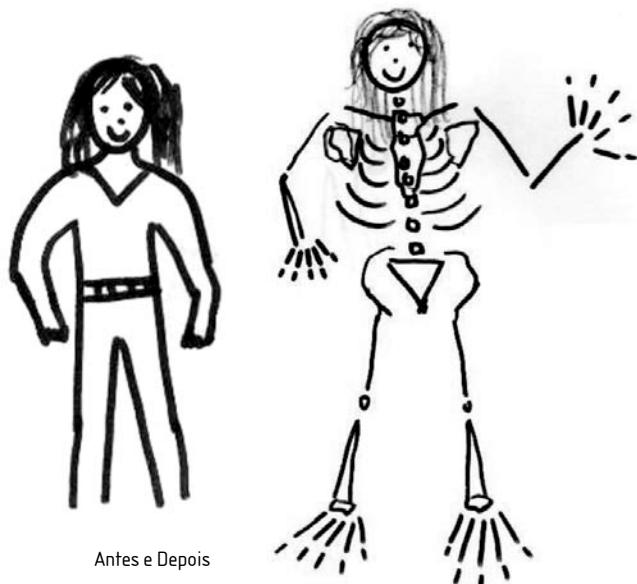
Após utilizar o desenho do esqueleto como elemento extra do processo de avaliação, é possível reutilizá-lo durante o período de tratamento, ou seja, periodicamente a mesma proposta é refeita, o paciente verbaliza a respeito das suas experiências, o terapeuta apresenta materiais didáticos como, ossos, imagens, textos e livros, para esclarecerem dúvidas e ambos compararem o primeiro desenho com os seguintes e assim, reavaliarem a evolução.

Os resultados auferidos a partir dessa técnica de pesquisa foram extremamente ricos para a análise das representações sobre a consciência do corpo e de suas





Antes e Depois



Antes e Depois

estruturas. A partir da utilização da análise do autodesenho como ferramenta extra auxiliando o processo de avaliação, foi possível constatar um melhor entendimento da imagem que o indivíduo tem de si próprio. “O conteúdo de um desenho diz algo sobre a pessoa, a natureza da pessoa, diz algo sobre o desenho...”, ressalta Di Leo (1991). Entretanto, ao analisar um desenho, deve-se ter muito cuidado já que a técnica de expressão pelo desenho não é vista como um instrumento de diagnóstico e sim, uma possibilidade de auxílio ao processo de pesquisa de cada indivíduo.

Para o método GDS, compreender o paciente, na sua individualidade, passa a ser fator fundamental do refinamento da técnica. Os casos e as observações descritos neste estudo possibilitaram à constatação de que a utilização do desenho passa a ser um instrumento útil no processo avaliativo. A análise do desenho do esqueleto como ferramenta extra para enriquecer a pesquisa, permite também refletir sobre o papel do fisioterapeuta diante das inúmeras possibilidades de aprofundamento e compreensão das necessidades reais do paciente. Conforme Ungier e Ungier (2009), “o método GDS propõe uma abordagem que leva em conta o psiquismo e o comportamento, mesmo que a queixa primária seja “apenas” motora”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPIGNION, P. Aspectos biomecânicos: cadeias musculares e articulares – Método GDS: noções básicas – São Paulo: Summus, 2003.
- COX, M. Desenho de criança. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- DERDYK, E. Formas de pensar o desenho – desenvolvimento do grafismo infantil. São Paulo: Scipione, 1989.
- DERDYK, E. O desenho da figura humana. São Paulo: Scipione, 1990.
- DI LEO, JH. A interpretação do desenho infantil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- STRUYF, GD. Cadeias Musculares e articulares: o método GDS – São Paulo: Summus, 1995.
- STRUYF, GD. Quand je ne sais pas que je suis. Inforchaines 2010; supplément:17-18.
- STRUYF, GD. Méthode GDS: Stratégie de la Roue. Première partie: Le bassin “Racine Sacrée em Terre Pelvienne”.
- UNGIER A., UNGIER R. Uma abordagem GDS sobre a construção da imagem do corpo na criança. Olhar GDS 2009;3:5-11.
- VALENTIN, B. Autobiografia de um bípede: as cadeias articulares e musculares – método GDS. Florianópolis: Insular, 2009.

O artigo a seguir foi apresentado sob forma de conferência, no dia 3 de abril de 2010, no II Congresso Internacional da APGDS, em Bruxelas – Bélgica.

Resumo

O aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, a crescente incidência de doenças crônicas na camada da população de maior idade, têm ampliado o estudo das repercussões do envelhecimento por todo o mundo (WHO, 2005).

Atualmente, admite-se que os efeitos de várias doenças crônicas podem ser minimizados, desde que se privilegie a capacidade funcional, a independência e a autonomia (Perracini et al., 2002; Ramos, 2003; Brasil, 1999, 2006). Trata-se de um enfoque funcional, não mais orientado pelo paradigma da doença. Sendo assim, a atenção à saúde do idoso deveria ter como foco a prevenção, uma vez que a intervenção sobre os distúrbios adquiridos é comprovadamente menos eficaz (Rosa et al., 2003; Ramos, 2003).

Este trabalho propõe apresentar o tema do envelhecimento e a terapêutica a partir do “olhar” do Método GDS de Cadeias Musculares e Articulares. Entre as principais particularidades deste método, está a possibilidade de relacionar as questões corporais a outros aspectos que compõem a globalidade do ser humano (Godelieve Denys Struyf, 1986, 1995, 2010). Desta forma, podemos direcionar a terapêutica para o indivíduo em si, e não somente para o distúrbio que o acomete. Esta perspectiva permite ampliar as possibilidades de atendimento, de modo a contemplar a saúde do idoso de forma integral.

Palavras-chave: idoso, envelhecimento ativo, autonomia, independência, unidade corporal.

Capacidade funcional, independência e autonomia o método GDS na prevenção dos problemas ligados ao envelhecimento

Alexandre de Mayor

INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Desde os primórdios das civilizações, o tema “envelhecer” faz parte da preocupação dos homens. Embora seja um assunto bastante antigo, não deixa de ser atual e de grande relevância.

O primeiro registro que descreve o tema saúde-envelhecer data de 2500 a.C. (Beauvoir, 2006). Ptah-Hotep, vizir egípcio, relata seu declínio funcional e a incapacidade de exercer sua função. Fazendo um salto no tempo para o início do séc XX, Ignatz Nascher, médico especialista em medicina social, cria o termo geriatria com o objetivo de delimitar um campo de estudo dos problemas de saúde específicos dos idosos (Caldas, 2006). Ao longo desses 4400 anos, a atenção dada à saúde dos idosos visava exclusivamente tratar suas doença e prolongar o seu tempo de vida.

Somente no século atual, a Organização Mundial de Saúde constata mudanças no perfil etário da população e desenvolve políticas de prevenção, com o objetivo de se alcançar um envelhecimento ativo e bem sucedido (WHO, 2005). A qualidade de vida passa a ser fator primordial e a prevenção deverá se concentrar na tríade capacidade física funcional - autonomia - independência (Perracini et al., 2002; Rosa et al., 2003; Ramos, 2003; Brasil, 1999, 2006).

As pesquisas epidemiológicas neste tema chegaram a 3 constatações, que parecem óbvias, mas que vão nortear os estudos nesta área.

A primeira delas é que as pessoas envelhecem, a menos que elas não vivam o suficiente para experimentar essa etapa da vida. O envelhecimento é entendido como

Fisioterapeuta especialista em terapia intensiva (Unesa-RJ) e em envelhecimento e saúde da pessoa idosa (ENSP-Fiocruz).

um processo natural, comum a todos os seres vivos; irreversível, dado que ainda não é possível voltar no tempo; é um fenômeno complexo, já que recebe influência de inúmeros aspectos da vida; e é singular, pois cada pessoa vai envelhecer de uma maneira particular (Spirduo, 2005)

A segunda constatação é que o envelhecimento mundial modificará as dinâmicas sociais, políticas e econômicas (Chaimowicz, 1997; Karsch, 2003). A projeção, para os próximos 40 anos, é de que a população mundial de indivíduos acima de 100 anos aumente em 1312% (Tisako et al., 2009). Esse aumento será mais significativo em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, México e outros países da América do Sul. Isso é um fator de preocupação, uma vez que são países que ainda não resolveram problemas estruturais básicos de habitação, educação e emprego (Chaimowicz, 1997; Camarano, 2002). Estes países deverão investir em prevenção para evitar que os indivíduos cheguem às idades mais avançadas com altos níveis de incapacidades e dependência (WHO, 2005)

E, finalmente, a terceira constatação é que observamos uma mudança na relação doente-doença. O avanço da medicina está prolongando o tempo de vida, e viver mais estará associado a conviver com “algumas” doenças crônico-degenerativas (Chaimowicz, 1997). Estudos da OMS (1984) estimam que, numa coorte na qual 75% dos idosos que sobrevivem até os 70 anos, cerca de 30% serão portadores de doenças crônicas e degenerativas (artrite, artrose, problemas cardiovasculares, diabetes, entre outras) e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade física (Camarano, 2002). Como a ausência de doenças é privilégio de poucos e o envelhecimento saudável pode ser alcançado por muitos idosos, independente da presença de alguma doença, aceita-se como uma “boa” condição de saúde, ao envelhecer, um declínio funcional sem agudização das doenças (Rosa et al., 2003; Ramos, 2003; Brasil, 1999, 2006).

Do ponto de vista terapêutico, temos duas opções: direcionarmos nosso foco para a doença e, neste caso, tratarmos o sintoma; ou adotarmos uma terapêutica voltada para o indivíduo e, neste caso, será necessário correlacionar o sintoma ao contexto de vida.

QUEM É ESTE INDIVÍDUO A SER TRATADO?

Para começar, este indivíduo é um ser único. Segundo o Método GDS, todos os indivíduos, independentemente de raça, sexo e cultura, são constituídos

estruturalmente por uma base comum, composta pelas três estruturas do eixo da personalidade fundamental (AM, PM e PA) (figura 1). Estas estruturas estão presentes em cada ser humano, porém sua distribuição difere de um para outro. Cada pessoa vem ao mundo com determinados potenciais, que se referem a um “projeto” inicial, um “vazio” a ser preenchido. Esse “vazio” pode ser maior em uma estrutura do que em outra. É isso que fará com que ela se expresse preferencialmente através de uma ou outra tipologia. Além disso, não se trata somente de uma questão de preencher tal vazio, a qualidade do preenchimento é outro quesito importante para a estruturação deste indivíduo.

A nossa biomecânica vem geneticamente programada para facilitar a realização deste “projeto”. Ao todo, temos 6 estruturas interdependentes que utilizamos para nos ajustar ao meio físico, familiar e sociocultural em que vivemos. Se este meio é favorável e nossa mecânica pode se adaptar, tudo perfeito! Por outro lado, se o ambiente em que vivemos nos afasta de nosso projeto inicial, criaremos marcas, resultado de uma falta de sintonia psicocorporal (Campignon, 2008).

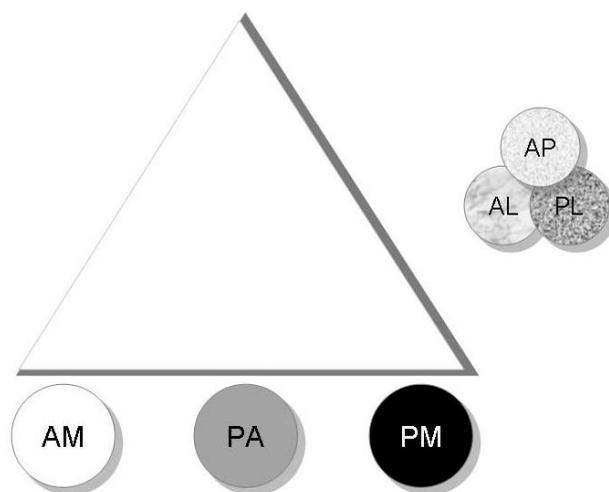


Figura 1: O indivíduo e sua constituição estrutural

O PERCURSO E AS IDADES DA VIDA...

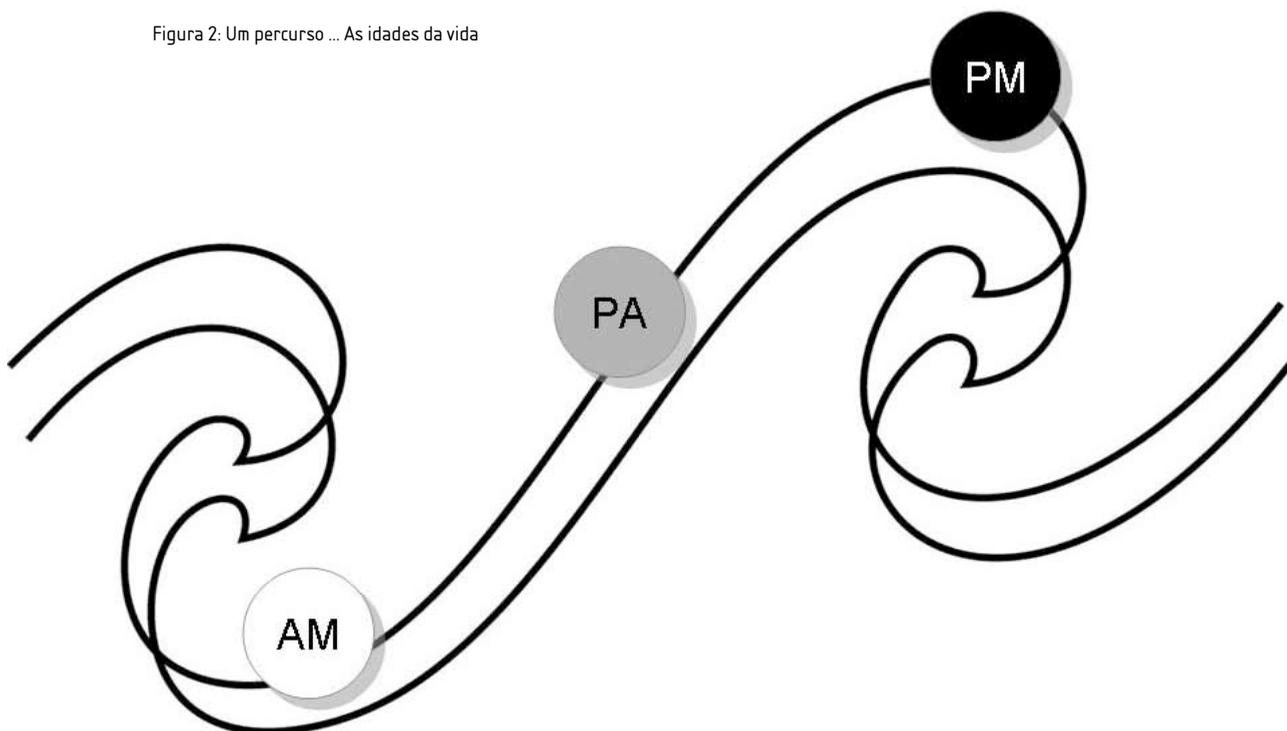
O homem é um ser em movimento, portanto, o desenvolvimento humano não poderia ser linear. Para Godelieve Denys Struyf (2010), ele ocorre em ondas. Estas “ondas” constituem, aliás, uma das estratégias utilizadas no Método GDS de Cadeias Musculares e Articulares, para o desenvolvimento psiconeuromuscular necessário à estruturação física e psíquica da

criança, desde o nascimento até o término da maturação do sistema nervoso. Nessa estruturação psicomotora, também podemos incluir, na criança, a maturação do esquema corporal.

Embora a estratégia da onda seja igualmente usada para a reestruturação do indivíduo adulto, Godelieve Denys Struyf (1986) lembra que o termo psicomotricidade não é o mais adequado para a conduta terapêutica adotada para estes indivíduos. Para a autora, a nossa abordagem GDS não é, no sentido estrito do termo, psicomotricidade como é reconhecida habitualmente. O Método GDS é uma abordagem psicocorporal, dinâmica e estática, comportamental, morfológica, simbólica e mecânica. Dirige-se a todas as idades da vida, servindo de ferramenta de investigação e terapêutica.

Por esta razão, neste momento, não irei desenvolver os conceitos da onda do crescimento e das ondas da consciência, por remeterem a outras questões. Assim, prefiro me ater apenas à imagem da onda como o símbolo de um percurso de uma vida (figura 2). Metaforicamente, poderíamos dizer que nascemos, nos construímos e morremos todos os dias. Um pequeno percurso diário com suas dificuldades e aprendizados, fonte de experiências para novas possibilidades. Também podemos pensar que esta onda refere-se ao percurso e à passagem por todas as idades de uma vida. Neste caso, o envelhecimento é uma etapa específica deste percurso e, por isso, precisamos refletir de que forma este indivíduo idoso ocupa o seu lugar em nossa sociedade.

Figura 2: Um percurso ... As idades da vida



Hoje em dia, vivemos em uma sociedade que valoriza a produção e a ação. Não podemos esquecer que este idoso pode ter diminuídas as suas capacidades físicas, perdeu provavelmente pessoas amadas e começa a desempenhar um papel de “filho das suas crianças”, que vai alterar a sua função social na família. Em pouco tempo, não vai mais gerir a sua própria vida. Isso tudo pode favorecer o seu isolamento e o seu fechamento para o mundo. Por todas estas razões, é preciso contextualizar esse processo de envelhecer dentro de uma nova dinâmica e, neste caso, os profissionais que cuidam da saúde dos idosos devem levar em conta tal contexto de vida e olhar este indivíduo a partir de um outro olhar.

O QUE PODEMOS OBSERVAR NESTE IDOSO QUE PRECISA DE CUIDADOS?

O estilo de vida mais fechado para o meio exterior parece ser determinante para a perda da adaptabilidade psicocorporal. Segundo Freitas et al. (2002), no caso dos idosos dependentes, o envelhecimento determina menor capacidade de adaptação e maior vulnerabilidade a quaisquer estímulos. Sendo assim, nestes pacientes que necessitam de maior atenção e cuidados, sobretudo pela perda da autonomia e da independência, geralmente observamos uma condição PM-AL (figura 3). Esta condição impede que AM exerça a boa função em seu feudo. A pelve, que é o centro do equilíbrio, passa a ser

um território de conflito entre PL e AM, aumentando a tensão nos músculos do períneo e o bloqueio da articulação do quadril. Por sua vez, AL é contrariada e não é mais capaz de imprimir sua marca útil, imprescindível para o bom equilíbrio biomecânico, que se trata de ancorar a cintura escapular sobre a pelve. O achatamento gerado por AL desorganiza a ação alternada e rítmica de PA e AP. Este quadro constitui uma das possíveis leituras que nos fornece o raciocínio sobre a estrela dos controles, desenvolvida por Godelieve Denys Struyf, a partir de suas influências da Medicina Tradicional Chinesa. A preservação de uma boa relação de controle-reciprocidade entre as diversas cadeias musculares é fundamental para a manutenção da adaptabilidade e flexibilidade psicocorporal. O pentagrama descrito na figura 3 esquematiza, justamente, uma forma de desorganização deste equilíbrio biomecânico. Quando isso ocorre, o enrigecimento global do corpo fragiliza esta estrutura psicofísica como um todo, comprometendo não somente o aparelho locomotor, mas também as possibilidades de realização dos “projetos” e de fortalecimento da individualidade.

O que observamos na postura estática irá se refletir na dinâmica, o que torna este idoso, um sujeito mais propenso aos desequilíbrios, ao risco de quedas e fra-

turas. A explicação mecânica para esse quadro está na diminuição do arco de movimento da articulação do tornozelo, no arrastar dos pés com passos curtos e lentos, na aproximação dos membros inferiores e na falta de dissociação entre as cinturas pélvica e torácica (Freitas et al., 2002). Do ponto de vista visceral, verifica-se um terreno para os edemas de membro inferior e para a incontinência urinária de urgência, sobretudo pelo aumento de pressão na pequena bacia. As infecções respiratórias são muito frequentes em função de uma restrição mecânica da massa torácica. O ângulo de charpy, em regra, encontra-se muito fechado e o tórax bloqueado em posição expiratória. Isso vem a comprometer a liberdade diafragmática e, por consequência, a ventilação pulmonar. Por todas estas razões apresentadas, tornam-se recorrentes, na clínica médica dos idosos, as infecções urinárias e as pneumonias comunitárias.

O MÉTODO GDS

É um método de leitura e tratamento, que visa estabelecer um diálogo, para melhor compreender o contexto do sintoma e, finalmente, delimitar um terreno para a prevenção (Godelieve Denys Struyf, 1995) (figura 4).

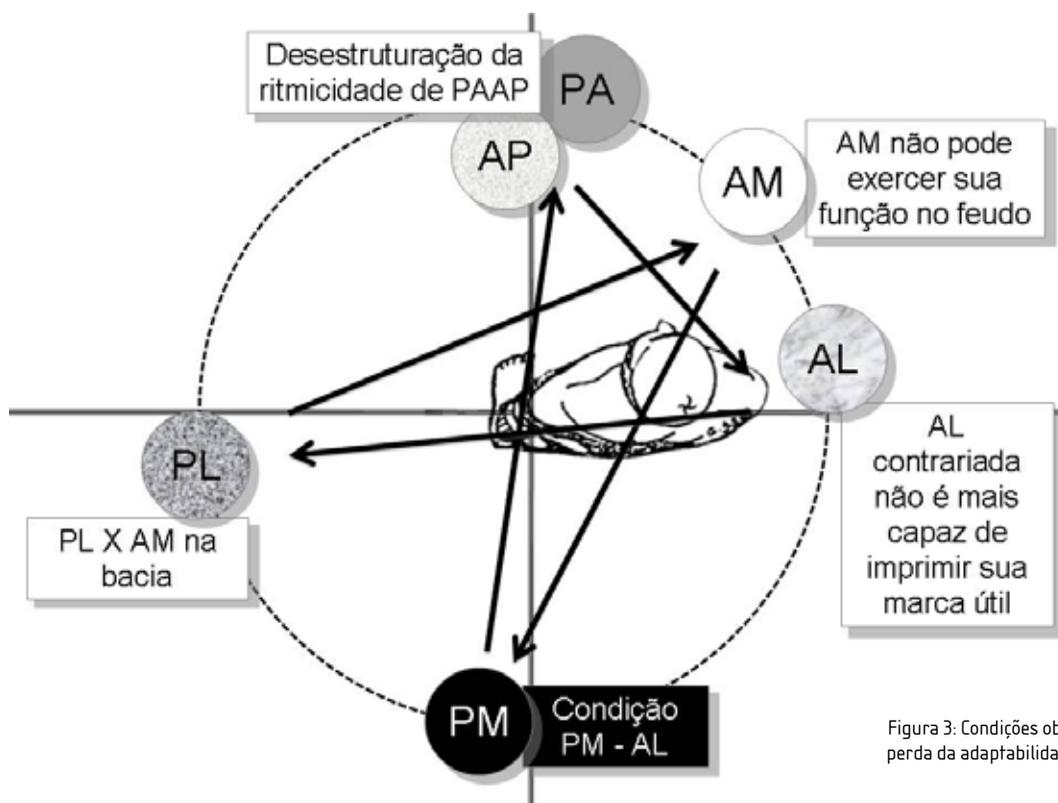


Figura 3: Condições observadas para a perda da adaptabilidade psicocorporal

Esta leitura consiste em uma ferramenta terapêutica que nos permitirá observar:

- . A pulsão psicocomportamental para a compreensão do modo de funcionamento adotado pelo paciente no momento;
- . O potencial de base para a estimativa da proporção entre as três estruturas do eixo da personalidade fundamental;
- . As marcas corporais nos mostrarão os ajustes mecânicos inscritos, fruto das relações com o meio. Estas marcas podem ser úteis (quando realizam seu papel imprescindível para o bom funcionamento biomecânico), aceitáveis ou desorganizantes;
- . Os testes de elasticidade nos ajudarão a entender se o paciente está fixado em alguma tipologia.

Para Van Nieuwenhuyze (2006), o Método GDS de Cadeias Musculares e Articulares “*propõe compreender o indivíduo no seu funcionamento psicocorporal e mecânico, delimitando o terreno predisponente*” (p.12). Então, independentemente da queixa, observaremos um terreno e a terapêutica deverá organizar a unidade corporal.

O primeiro passo será estabelecer um diálogo pelo toque. Este toque não é apenas um contato, ele deve passar um intenção de conscientizar, reconstruir e estruturar.

Para o Método GDS, a bacia é a base estrutural de um indivíduo e, assim sendo, precisa ser “sólida” em todos os sentidos. Do ponto de vista psicocorporal é a residência de AM, região onde encontramos ressonância com alguns conceitos simbólicos, como por exemplo, a estabilidade e a segurança (Godelieve Denys Struyf, 1998, 2010). Sob a ótica mecânica, encontramos nessa região o cruzamento de todas as cadeias miofasciais, tanto do eixo vertical quanto as do eixo horizontal. Desta forma, destaca-se a importância de reestruturar a noção de centro do

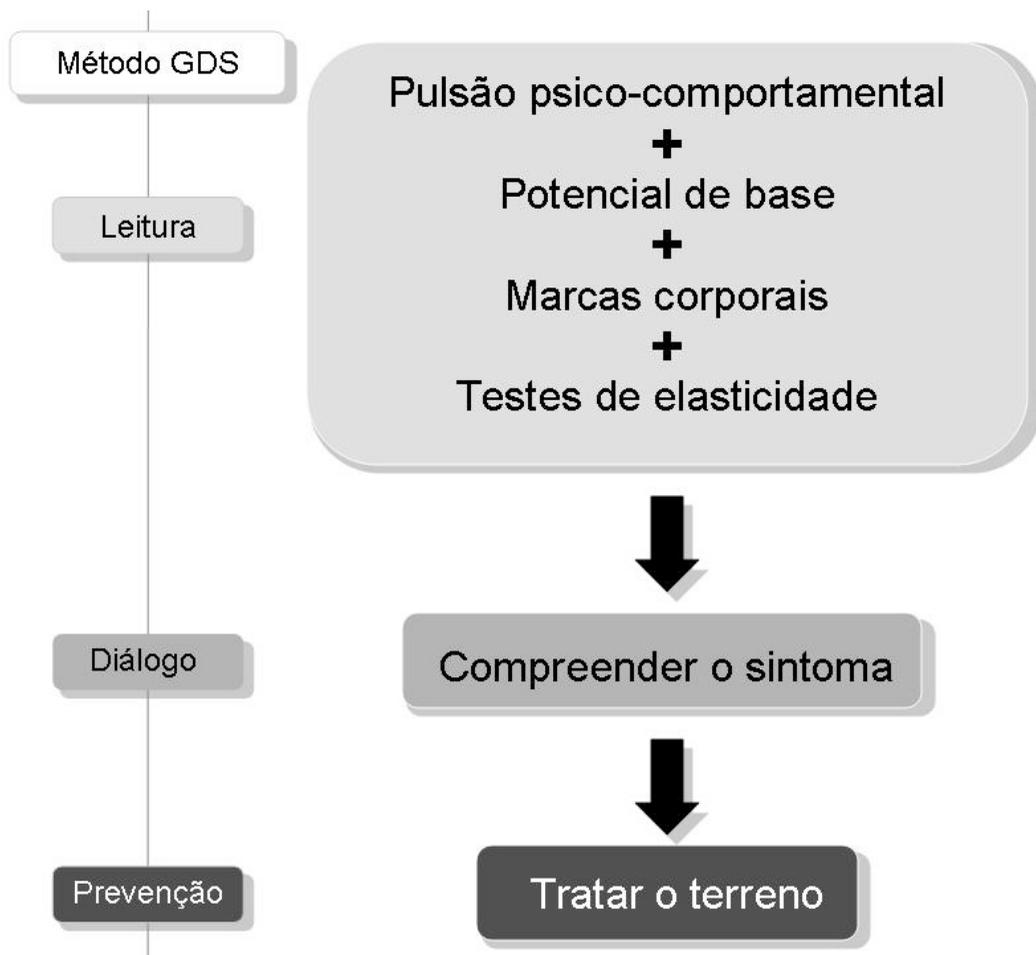


Figura 4: Método GDS

equilíbrio do corpo, sem esquecer das suas relações com a coluna vertebral e, especialmente com a articulação do quadril (Campignon, 2003). Portanto, o toque terapêutico estimula a percepção dos contornos e volumes corpóreos, permite construir a imagem dos espaços internos e integra a bacia as demais estruturas do corpo.

Além destas questões apresentadas, a literatura atesta que são incontestáveis os benefícios fisiológicos do toque, sobre um tecido que está perdendo sua elasticidade. O tecido epitelial, por ser menos hidratado no idoso, é mais fibroso. Isso facilita o aparecimento de feridas e infecções cutâneas, ainda mais se este paciente apresentar alguma alteração glicêmica significativa (diabetes). Nestes pacientes, o toque, principalmente na região plantar, pode aumentar o estímulo das terminações nervosas e melhora o apoio dos pés durante a marcha. Outro assunto que deve-se dar importância é normalização das tensões encontradas na região tóracoabdominal para a melhoria de algumas disfunções viscerais. Entre os resultados verificam-se a regularização do trânsito intestinal, o alívio da hiperpressão na pequena bacia e a recuperação da liberdade diafragmática e torácica (Campignon, 2004). Conclui-se que o contato direto das mãos do terapeuta determina uma resposta fisiológica tecidual, facilita o processo de reparo após lesão, restabelece a função dos tecidos em diversas alterações mecânicas (nas contraturas, nas aderências, na diminuição da amplitude de movimento articular), age diretamente na mecânica de fluidos vasculares e linfáticos e contribui para reduzir alguns quadros de dor (Lederman, 2001).

Em seguida, se faz necessário a retomada da consciência do esqueleto ósseo. Godelieve Denys Struyf (1995) lembra que se no primeiro momento a função será responsável pela construção da estrutura, depois, será a estrutura responsável por determinar a função (p.61). Construir e estruturar o suporte ósseo permitirá a regularização das tensões musculares para nos colocarmos em movimento (Piret e Béziers, 1992; Godelieve Denys Struyf, 1995), o que possibilitará *“transformar uma ação prejudicial em ação útil”* (Campignon, 2008).

A ação tem ressonância com a estrutura PM, e não é por acaso. O osso é um dos tecidos mais metabolicamente ativos do corpo, se mantendo assim durante toda a vida (Frankel e Nordin, 2003). Estes autores ainda destacam a grande capacidade regenerativa, a intensa vascularização e a adaptabilidade estrutural frente às demandas mecânicas. Por isso, comumente observamos mudanças nas propriedades ósseas após períodos de desuso ou

intenso uso. A partir destas constatações, hoje, tenta-se prevenir a inatividade e o aparecimento da osteoporose através da prática de exercício aeróbico vigoroso. Isso parece ser um estímulo muito efetivo para a remodelação do tecido ósseo (Nguyen, 2000). Outra proposta terapêutica que encontra-se “na moda” é a plataforma de vibração. Embora estes métodos apresentem benefícios comprovados e, sobretudo, melhorem as condições cardiovasculares e respiratórias, apresentam limitações evidentes em idosos que têm dificuldade em realizar exercício e, em último caso, podem aumentar o risco de fraturas se a densidade óssea estiver frágil. A percussão óssea, a manutenção da posição de pé e a programação das marcas úteis indispensáveis para a boa fisiologia são condutas necessárias antes de se adotar propostas terapêuticas mais vigorosas.

A partir de um apoio no chão bem construído e da verticalidade do esqueleto ósseo, poderemos pensar em um corpo integrado em um eixo. Este eixo é dado pela estrutura PA, que tem a responsabilidade de erigir a coluna vertebral. Porém, ela não deve agir só. É preciso outra estrutura para flexibilizá-la, para que ela não se torne rígida. Esta estrutura é a AP. Ela permite a correta circulação de tensão de modo alternado e rítmico entre todas as cadeias miofasciais. Mme. Godelieve Denys Struyf (1995) ressalta que ela tem a função de modelação, pois representa um elemento central em relação a todas as cadeias musculoponeuróticas, quando estas são descritas do ponto de vista funcional. Então, quando a estrutura PA e AP funcionam em dualidade, determinam que esse eixo vertical oriente as ações musculares e os diversos deslocamentos das massas corpóreas, favorecem o auto crescimento reflexo e a ritmicidade respiratória, pela melhor distribuição pressórica sobre os diafragmas faríngeo, torácico e pélvico (Campignon, 1998).

O paciente, melhor organizado em sua estrutura psicocorporal, poderá, então, assumir a gestão de seu próprio cotidiano e viver em boa relação com o meio e com as outras pessoas. Para que isso seja realmente possível, subentende-se a reprogramação do gesto justo. A biomecânica deverá privilegiar a ação útil, organizada e coordenada, através de pequenos movimentos relacionados à vida diária, algo que faça sentido para o paciente, para em que em seguida consigamos aumentar as dificuldades e, também, a capacidade de adaptação às novas solicitações que o meio ambiente apresenta.

O Método GDS nos fornece inúmeras outras possibilidades terapêuticas, além das apresentadas neste trabalho. Podemos até mesmo lançar mão de outras

abordagens, sem nos afastarmos, contudo, do fio condutor que fundamenta nossa prática. Mas, acredito que o maior ensinamento que Godelieve Denys Struyf nos deixou foi mostrar uma forma de “olhar” o indivíduo e suas 6 estruturas que precisam estar o tempo todo dialogando. Ela descreve em sua obra uma biomecânica riquíssima, que nos permite compreender as marcas corporais, correlacionando-as com a realização dos projetos de base. Desta forma, podemos entender o cenário em que o quadro patológico se insere e, principalmente, agir de maneira preventiva para que não ocorram recidivas. Com relação ao envelhecer, nós, terapeutas, podemos ajudar nossos pacientes idosos a reconstruir as estruturas que se desorganizam naturalmente ao longo do percurso da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beauvoir S. *A velhice* In: Mucida, A. **O sujeito não envelhece – psicanálise e velhice**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autentica, 2006. p.67
- Brasil. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de atenção básica no19 Série A: Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dez 1999. N. 237-E, seção 1, p.20-24.
- Caldas CP. *O desenvolvimento histórico e teórico da gerontologia* In: Veras R, Lourenço R, editores. **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006. p.26-30.
- Camarano AA. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica* In: **Tratado de geriatria e gerontologia** In: Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.; 2002. p.58-71.
- Campignon P. **Respir-Ações**. São Paulo: Summus; 1998.
- Campignon P. **Aspectos Biomecânicos – Cadeias Musculares e Articulares – Método G.D.S. – Noções Básicas**. São Paulo: Summus; 2003.
- Campignon P. **Manoeuvres de normalisation des tensions A.L. au niveau de l'abdomen et du thorax**. Inforchaines, Camblain-l'Abbe, France, 2004;(19):8-19.
- Campignon P. **Cadeias Antero-laterais - Cadeias Musculares e Articulares – Método G.D.S**. São Paulo: Summus; 2008.
- Chaimowicz F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev Saúde Pública 1997;31:184-200.
- Denys-Struyf Godelieve. *La méthode des “Chaînes G.D.S.”: une “psycho-motricité” pour adultes? - Ses principes et son enseignement*. In: **Cahiers des Chaînes G.D.S.** n°2. pp.52-58. Bruxelles: ICTGDS; 1986.
- Denys-Struyf Godelieve. **Cadeias Musculares e Articulares: o Método G.D.S**. São Paulo: Summus; 1995.
- Denys-Struyf Godelieve. **La structuration psychocorporelle de l'enfant: la vague de croissance selon la méthode G.D.S**. Bruxelles: ICTGDS; 2010.
- Frankel VH e Nordin M. *Biomecânica do osso*. In: **Biomecânica básica do sistema musculoesquelético**. Cap.2: 22-49. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.
- Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. *Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global* In: **Tratado de geriatria e gerontologia** In: Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.; 2002. p.609-617.
- Karsch UM. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003;19(3):861-866.
- Lederman E. *Efeito da manipulação na organização tecidual*. In: **Fundamentos da terapia manual**. 1ª ed. Cap.1:7-65. Barueri, SP: Manole, 2001.
- Nguyen TV, Center JR, Eisman JA. **Osteoporosis in elderly men and women: effects of dietary calcium, physical activity, and body mass index**. J Bone Miner Res 2000;(15):322-331.
- Perracini M, Najas M, Bilton T. *Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica* In: Freitas EV. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2002. p.814-819.
- Piret S e Béziers M-M. **A Coordenação motora: aspecto mecânico da organização psicomotora do homem**. São Paulo: Summus; 1992.
- Ramos LR. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003;19(3):793-798.
- Rosa TEC et al. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. Rev Saúde Pública 2003;37(1):40-48.
- Spiriduso WW e Mackie KS. *Saúde, Exercício e Função Emocional*. In: Spiriduso, WW. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Cap.10: 315-340. Barueri, SP: Manole, 2005.
- Tisako et al. **Centenários no mundo: uma visão panorâmica**. Revista Kairós, São Paulo, 12(1), jan. 2009, pp. 213-232.
- Van Nieuwenhuyze J. **Influence des pulsions psychocomportementales sur les déséquilibres morpho-statiques de l'axe vertébral**. Inforchaines, Camblain-l'Abbe, France, 2006;(25):8-12.
- World Health Organization. **O Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Há vários motivos para amar a nossa mestra Godelieve Denys-Struyf. Com sua partida em 2009 ficamos órfãos. Sua obra porém é tão profunda e consistente que neste II Congresso Internacional Método GDS em Bruxelas assistimos a força transformadora e disseminadora de seus ensinamentos. Momentos tão marcantes como a presença culta, elegante, doce de seu marido Dr. André Struyf que abriu o congresso homenageando a sua amada. Palavras apropriadas, comoventes que ele surpreendentemente dignou-se a repeti-las em todas as línguas dos participantes, inclusive a nossa. Uma delicadeza a altura de um parceiro que como um bom PM apoiou e contribuiu para a grandeza de Godelieve e para a construção de toda a sua obra. Com presenças de nossos outros mestres responsáveis pela formação do Método GDS e convidados muito especiais, inclusive nossos representantes brasileiros, o Congresso me surpreendeu com o belíssimo atelier " Cantar...uma resiliência fulgurante" da professora, cantora profissional Marianne Sébastien, uma participação impressionante. Ainda tem mais e muito mais, são tantas impressões, interações humanas, que me detenho aos pontos mais fortes. No fechamento assistimos ao filme realizado em

2009 por Olivier Appart et Monique Lebrun sobre a nossa mestra. Dr. André, pianista, toca uma música maravilhosa e Godelieve registra suas mensagens refletindo sua força e brandura. Ela nos deixa seu maior legado que é seu exemplo de vida. Compartilha um caminho para a melhoria de todos nós como pessoas, eternos aprendizes e propagadores de sua obra. Foi tão emocionante que somente o silêncio pôde dizer, um pouco, como somos gratos pela tua grandeza. Ah, dançamos e rimos muito na jantar de gala. Obrigada a todos os amigos de uma bela viagem.

nara.vieira@terra.com.br

Posso definir o II Congresso Internacional do Método GDS, em Bruxelas, com uma única palavra: GENEROSIDADE. Generosidade dos organizadores em nos encantar sempre com a forma de promover os eventos, generosidade do Dr. André Struyf, ao falar em vários idiomas, agradecendo em nome de Godelieve Denys-Struyf a nossa presença. Todos muito generosos. Obrigada.

Lucia Leibel Swartzman

The screenshot shows the APGDS website interface. At the top left is the APGDS logo. A search bar is located at the top right. Below the logo is a navigation menu with the following items: Método, Cursos de Formação, Cursos de Pós-Formação, Eventos, Notícias, Associação / Quem somos, Encontre um profissional, Cadastro para associação, Parceiros, and Contato. The main content area is divided into sections: 'CURSOS EM DESTAQUE' with two course listings, 'ÚLTIMAS NOTÍCIAS' with three news items, and two call-to-action buttons: 'CADASTRO PARA SOCIEDADE' and 'ENCONTRE UM PROFISSIONAL'. At the bottom left, there is a newsletter sign-up form with fields for 'Nome' and 'email@provedor.com.br'. The footer contains copyright information and social media icons.

APGDS na Internet

Agora o Brasil conta com um site próprio, onde você pode atualizar suas informações, encontrar associados de todo o país, inscrever-se em cursos de formação e pós-graduação e saber tudo sobre nossos eventos. Para conhecer tudo isso e muito mais, acesse:

www.apgds.com.br

aconteceu na APGDS



Nova diretoria da APGDS-Brasil

Da esquerda para direita (superior): Renata Ungier, Alexandre de Mayor e Mônica Souza; da esquerda para direita (inferior): Juceia Bayerl, Bárbara Schindler e Cristiane Moraes.



Comissão de Ensino RJ e SP

Da esquerda para direita: Sylvia Nancy Azevedo, Fátima Rosas, Nícia Popini, Tota Miguet e Bárbara Schindler.



Comissão de Ensino RJ e SP

Da esquerda para direita: Renata Ungier, Alexandre de Mayor, Mônica Souza, Cecília Stephan e Rita Wada

IV Jornada Científica da APGDS em São Paulo (agosto 2009)



1.



2.



3.



4.



5.

1. Abertura da Jornada com Rita Wada e Tota Miguet, seguida da palestra de Rita Wada.
2. Palestra de Mônica Souza.
3. Palestra de Cecília Stephan e Tota Miguet.
4. Palestra de André Trindade.
5. Rita Wada, Nilza Leiria, Tota Miguet, Lucia Leibel e Nícia Popini.

V Jornada Científica da APGDS (Rio de Janeiro - setembro 2009)



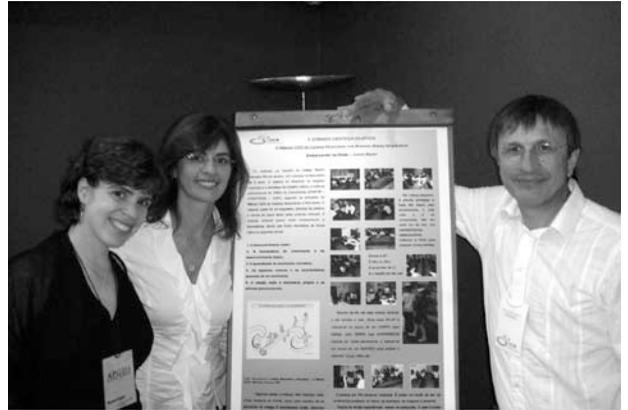
1.



2.



3.



4.



5.



6.



7.

1. Palestra e curso de pós- formação sobre Escoliose do convidado internacional, Dominic Chaland.
2. Palestra de Bárbara Schindler.
3. Palestra de Sylvia Nancy Azevedo.
4. Apresentação do pôster de Juceia Bayerl.
5. Ateliê de Fátima Rosas.
6. Ateliê de Priscilla Duarte.
7. Ateliê de Tota Miguet e Lise de Block.

Projeto Final de
Semana
Tema: Cadeias AL
e PL

O início: aquecimento
das articulações.



Danças circulares com
AL e PL.



Fim de semana da cadeia
AL-PL.



Muita animação e ritmo!



II Congresso Internacional (Bruxelas – 2010)



1.



2.



3.



4.



5.



6.



7.



8.

1. Primeiro dia do II Congresso Internacional.

2. A APGDS-Brasil estava lá!

3. Palestra de Philippe Campignon.

4. Palestra de Alexandre de Mayor.

5. Palestra de André Trindade.

6. Alain d'Ursel abrindo o segundo dia do congresso.

7. Dr. André Struyf e seu discurso em quatro idiomas.

8. Mesa redonda: espaço para debate.



9.



10.

9. Ateliê de Priscilla Duarte.

10. Ateliê de Maria Antônia Miguet.

11. Alain d'Ursel e Lori Campignon.

12. Dr. André Struyf e Mme. Marguerite Denys.

13. Mme. Marguerite Denys (Presidente do ICT-GDS) e Philippe Campignon (Diretor mundial da formação do método GDS).

14. Renata Ungier e Bárbara Schindler, vice-presidente e presidente da APGDS-Brasil.

15. Soirré de Gala (confraternização).

16. Soirré de Gala.



11.



12.



13.



14.



15.



16.

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 (Bélgica); Maria Antônia Miguet, Rita Kubo Wada, Cecília Stephan e Nícia Popini Vaz (São Paulo); Renata Ungier, Alexandre de Mayor, Bárbara Schindler, Sylvia NancyAzevedo, Fátima Rosas e Mônica Souza (Rio de Janeiro).

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

(3 módulos de 6 dias – 144 horas)

Módulo I- As cadeias do eixo relacional – AL e PL

Módulo II- As cadeias do eixo vertical – AM e PM

Módulo III- As cadeias do eixo vertical – PAAP / Testes e análises

Ciclo III: Aspectos Psico-comportamentais
(10 dias)

Ciclo IV: Estratégias de Tratamento

(2 módulos de 6 dias – 96 horas)

Módulo I- Pelve e membros inferiores

Módulo II- Tronco, coluna cervical e membros superiores

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
9 a 12 de junho de 2011

Ciclo II
2º semestre de 2011 - datas a
confirmar

Ciclo III
datas a confirmar

Ciclo IV - Módulo 1
1 a 6 de abril de 2011

Ciclo IV - Módulo 2
7 a 12 de outubro de 2011

Agenda de cursos

2010 - 2011

São Paulo

Ciclo I
23 a 26 de setembro de 2010
6 a 9 de abril de 2011

Ciclo II - Módulo I
8 a 13 de fevereiro de 2011

Ciclo II - Módulo 2
maio de 2011

Ciclo II - Módulo 3
junho de 2011

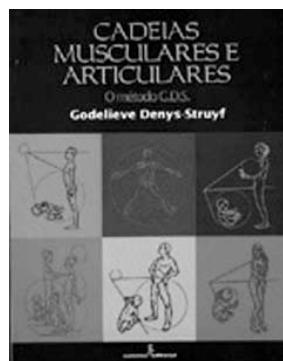
Ciclo III
datas a cofirmar

Ciclo IV - Módulo 1
1 a 16 de fevereiro de 2011

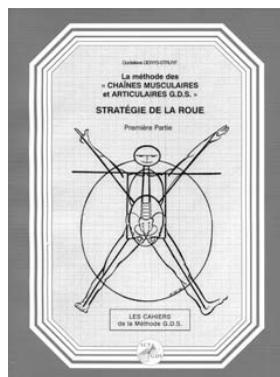
Ciclo IV -Módulo II
julho de 2011

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)

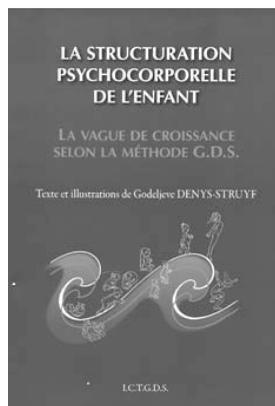
Bibliografia do Método GDS



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



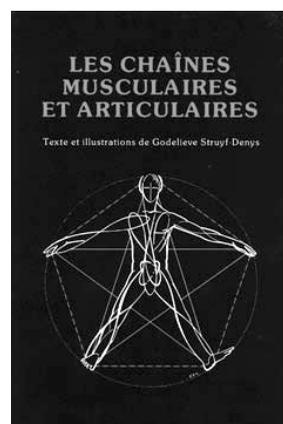
Denys-Struyf G. **La stratégie de la roue. Première partie: Le bassin**. Bruxelles: ICTGDS; 2009.



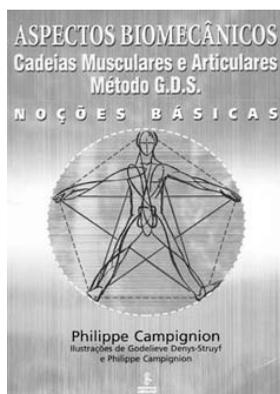
Denys-Struyf G. **La structuration psychocorporelle de l'enfant: la vague de croissance selon la méthode G.D.S.** Bruxelles: ICTGDS; 2010.



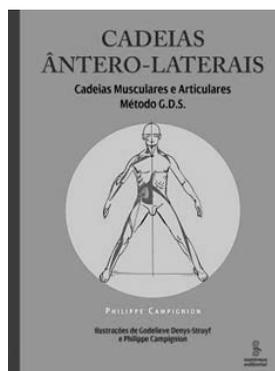
Denys-Struyf G. **Le manuel du méziériste**. Deux tome. Paris: Frison-Roche; 1996.



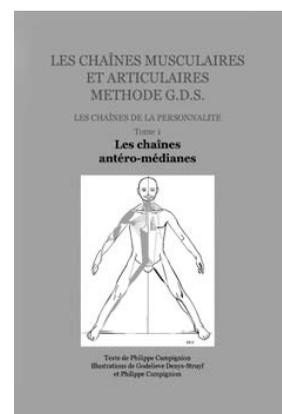
Denys-Struyf G. **Les chaînes musculaires et articulaires**, 6ème édition. Reprise par l'I.C.T.G.D.S., Rue de la Cambre - B1150 Bruxelles: Distribué par Prodim, Vigot-Maloine; 2009.



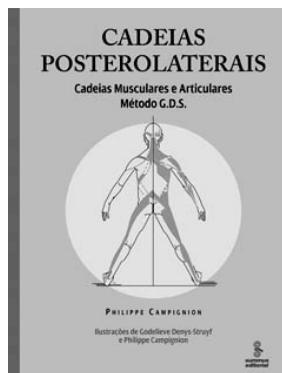
Campignon P. **Aspectos Biomecânicos - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S. - Noções Básicas**. São Paulo: Summus; 2003.



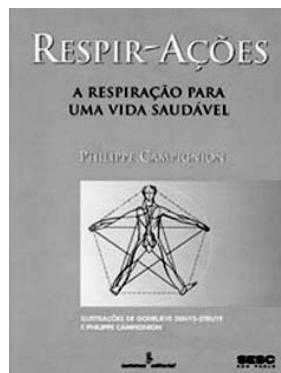
Campignon P. **Cadeias Ântero-laterais - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.** São Paulo: Summus; 2008.



Campignon P. **Cadeias Ântero-mediana - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.**



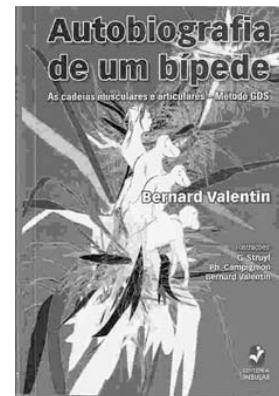
Campignon P. **Cadeias Postero-laterais - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.** São Paulo: Summus; 2009.



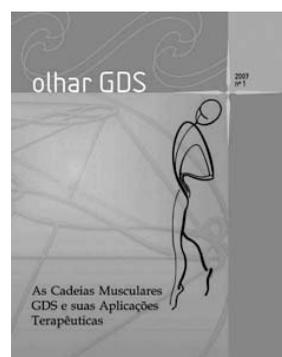
Campignon P. **Respirações.** São Paulo: Summus; 1998.



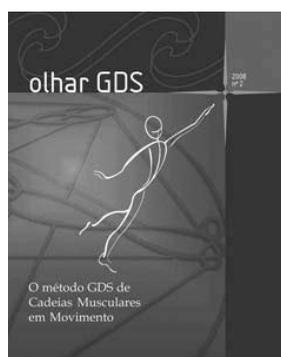
Trindade A. **Gestos de Cuidado, Gestos de Amor: Orientações sobre o desenvolvimento do bebê.** São Paulo: Summus; 2007.



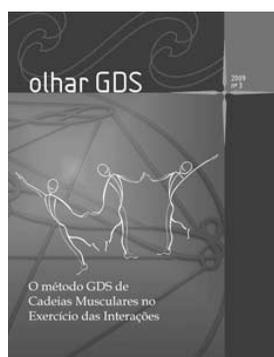
Valentin B. **Autobiografia de um bípede - As Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.** Florianópolis: Ed. Insular; 2009.



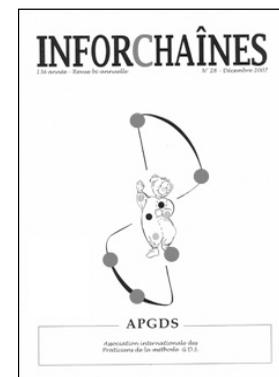
As Cadeias Musculares GDS e suas Aplicações Terapêuticas. 2007, Rio de Janeiro: *Revista da Associação de Praticantes do Método GDS (APGDS)*, Vol. I.



O Método GDS de Cadeias Musculares em Movimento. 2008, Rio de Janeiro: *Revista da Associação de Praticantes do Método GDS (APGDS)*, Vol. II.



O Método GDS de Cadeias Musculares no Exercício das Interações. 2009, Rio de Janeiro: *Revista da Associação de Praticantes do Método GDS (APGDS)*, Vol. III.



Inforchaînes: Association Internationale des Praticiens de la Méthode G.D.S. *Bulletins trimestriels édités et diffusés par les APGDS, France e Belgique.*

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

Vice-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

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

Juceia Dias Bayerl de Assis

juceia@uol.com.br

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

Secretária adjunta

Cristiane Cunha dos Santos dos Moraes

crismoraesrj@yahoo.com.br

R. Carlos Góis 375/506, Leblon, Rio de
Janeiro - RJ 22440-040
(55) 21 2540-5120 / 7851-0802

BRASÍLIA

Titular

Luiz Guilherme Pena

guilhermejaganu@terra.com.br

SMDDB conjunto 6 casa 3, Lago Sul,
Brasília 71680-060
(55) 61 3366-1908 / 8116-7925

ESPÍRITO SANTO

Titular

Maria Angélica Ferreira Leal Puppim

mapuppim@hotmail.com

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

Aspirante

Debora Leibel

dleibel@ymail.com

Mata da Praia, Vitória
(55) 27 8816-1908

MARANHÃO

Aspirante

Loide Soares Mafra

loide.mafra@hotmail.com

Av. Prof. Carlos Cunha 2000/205, Jara-
cati, São Luís 65076-820
(55) 98 3221-0841 / 8135-4062

MINAS GERAIS

Titulares

Alessandra Morais

ale.mrs@uol.com.br

R. Jamil Tannús 700, Lídice, Uberlândia
38400-134
(55) 34 3214-1876 / 9223-4000

Claudia Barreto Haddad

claudia@rededocorpo.com.br

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

Fernanda Gomes Fonseca Bevilaqua

uaiqdanca@uaiqdanca.net

R. Felisberto Carrejo 386, Fundinho,
Uberlândia 38400-204
(55) 34 9676-6103

Miriam Pederneiras Barbosa

miriampederneiras@grupocorpo.com.br

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

Priscilla de Queiroz Duarte

priduarte66@gmail.com

Anchieta, Belo Horizonte
(55) 31 8842-3308

Samira C. Zar

milazar@uol.com.br

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

Aspirantes

Andréa de Melo Lima

andreamelo22@hotmail.com

R. Halfeld 1067 A, Centro, Juiz de Fora
36016-000
(55) 32 3215-1921 / 9924-1921

Luciana Turrini Bittar

ltbittar@bol.com.br

Av. Rio Branco 3231/601, Centro, Juiz
de Fora 36010-012
(55) 32 3218-7390 / 9102-7815

RIO DE JANEIRO

Fundadores

Ana Rita Figueiredo Ribeiro

anaritaribeiro@uol.com.br

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

**Elizabeth Pimentel Berardo C. da
Cunha**

elizabethberardo@terra.com.br

R. Mário Pederneiras 10 casa 103,
Humaitá, Rio de Janeiro
(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

Lucia Leibel Swartzman

lucialeibel@ig.com.br

R. Voluntários da Pátria 190/616 e 617,
Botafogo, Rio de Janeiro 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 27515-140
(55) 24 3354-3543 / 9979-6749

Maria de Fátima de Oliveira Rosas
fatima.rosas@yahoo.com.br
R. Felipe Camarão 138/203, Tijuca 20550-010
Av. Maracanã 987 Torre II sala 1006, Shopping Tijuca 20550-000
Rio de Janeiro
(55) 21 2278-7329 / 7137-7554

Maria Luíza Lemos Azem
marialuizalemos@globo.com
R. Visconde de Pirajá 111/514, Ipanema, Rio de Janeiro 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 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 22461-000
(55) 21 2286-6524 / 9988-9249

Patrícia Gebara Abifadel
patgebara@gmail.com
R. Visconde de Pirajá 547/1122, Ipanema, Rio de Janeiro 22410-003
(55) 21 3518-8000 / 8388-4411

Paula Tenenbaum
paulatenenbaum@hotmail.com
Av. Rui Barbosa 377, São Francisco, Niterói 24360-440
(55) 21 2710-9896

Rachel Fonseca Figueiredo de Castro
figueiredo.rachel@gmail.com
Av. Copacabana 1059/1003, Copacabana, Rio de Janeiro 22060-970
(55) 21 2247-0792 / 9623-7127

Regina Maria Mello Monjardim
reginamonjardim@hotmail.com
R. Visconde de Pirajá 430/304 e 305, Ipanema, Rio de Janeiro 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 27251-070
(55) 24 3348-4165 / 9833-4488

Sandra Carvalho
nasdra@globo.com
R. Visconde de Pirajá 550/1806 e 1807, Ipanema, Rio de Janeiro 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 22050-002
(55) 21 2236-5452 / 9611-4710

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

Sylvia Nancy Miranda Costa Azevedo
sylvia.azevedo@terra.com.br
R. Visconde de Pirajá 550/1213, Ipanema, Rio de Janeiro 22410-003
(55) 21 2249-4384 / 9973-5293

Taís Maria Cury Carriço
movimentos@casashopping.com.br
Av. Ayrton Senna 2150/203 bl. G - Casashopping, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro 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 27251-070
(55) 24 3348-4165 / 9908-5930

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

Titulares

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

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

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

Christianne Abifadel Chartuni
crischartuni@bol.com.br
R. Visconde de Pirajá 142/1301, Ipanema, Rio de Janeiro 22410-000
(55) 21 3113-1108 / 9733-1025

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

Fausta Sampaio Rodrigues
fausta.fisio@hotmail.com
R. 40 / 41, Vila Santa Cecília, Volta Redonda 27263-432
(55) 24 3342-8797 / 8121-7463

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

Maria Aparecida Bezerra
cidb@globo.com
Leblon, Rio de Janeiro
(55) 21 7811-2849

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

Maria Letizia Moraes Maddaluno
letiziamaddaluno@ig.com.br
R. Almirante Cândido Brasil 120, Maracanã, Rio de Janeiro 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 20511-020
(55) 21 2570-8920 / 8155-4072

Renato Guarino Werneck
renatogw@yahoo.com.br
(55) 21 9979-2588

Sylvia Christina Cardoso Lopes
sylviacardos@gmail.com
R. Viúva Lacerda 213, Humaitá, Rio de Janeiro 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
(55) 21 2521-3115 / 9978-4042
R. Boavista 19, São Francisco, Niterói 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 22245-120
(55) 21 2225-6134 / 8771-0911

Aspirantes

Ana Karina Leite Resende

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

Ana Luiza Timoteo da Costa

analuzatimoteodacosta@yahoo.com.br
Av. Ary Parreiras 668 - Centro Médico
do Procordis, Vital Brazil, Niterói
24230-320
(55) 21 9983-0419

Ana Paula Nogueira

a-p-nogueira@hotmail.com
R. Jansen de Melo 85/701, Centro, Barra
Mansa 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
22245-120
(55) 21 2225-6134 / 9413-6373

Antonio Fernando Ugelli

afugelli@hotmail.com
Jardim Botânico, Rio de Janeiro
(55) 21 9903-3999

Aparecida Imaculada Nogueira

cidadafisio@bol.com.br
Av. Ataulfo de Paiva 135/902, Leblon,
Rio de Janeiro 22440-901

Camila Moraes de Souza

camila.mdesouza@gmail.com
R. Constante Ramos 44/709 e 710, Co-
pacabana, Rio de Janeiro 22051-010
(55) 21 2545-7730 / 9207-9092

Camille Guedes Laus Brodbeck

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

Célia Regina Holanda Barreto

celrbarreto@yahoo.com.br
Av. N. Sra. de Copacabana 599/410,
Copacabana, Rio de Janeiro 22031-000
(55) 21 2257-0448 / 9609-5003

Christina de Almeida Xavier

chrissxavier@gmail.com
Icaraí, Niterói
(55) 21 9621-4073

Cíntia Braga da Silva

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

Claudia dos Reis Azevedo

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

Cleuza Cantarelli

cleuzacantarelli@globo.com
Av. Armando Lombardi 633 cob 09, Bar-
ra da Tijuca, Rio de Janeiro 22640-020
(55) 21 2491-2470 / 8151-0203

Cristiane Oliveira

cri-si-nha@hotmail.com
Av. das Américas 7607/226 - Shopping
Novo Leblon, Barra da Tijuca, Rio de
Janeiro 22793-081
(55) 21 9232-4420

Cristina Maria Ferreira Gonçalves Tagomori

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

Daniele de Azevedo Saad

danisaad@gmail.com
Botafogo, Rio de Janeiro
(55) 21 8749-6888

Diego de Castro Sobral

sobralcan@yahoo.com.br
Ilha do Governador, Rio de Janeiro
(55) 21 9622-7213

Elaine Cunha dos Santos

fiologlobal@ig.com.br
R. Carlos Gois 375/506, Leblon, Rio de
Janeiro 22440-040
(55) 21 2540-5120 / 7851-5427

Elizabeth de Almeida Brito

elizabethfisioterapeuta@gmail.com
R. Felipe Camarão 138/203, Tijuca, Rio
de Janeiro 20511-010
(55) 21 2278-7329 / 9947-6116

Érica Bragança de Carvalho

ericabraganca@yahoo.com.br
R. Jardim Botânico 700/422, Jardim
Botânico, Rio de Janeiro 22461-000
(55) 21 8103-7121

Fátima Rosalina Pereira Lopes

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

Joana Cavalcanti de Abreu

joana.cavalcanti@gmail.com
R. Voluntários da Pátria 445/801, Bota-
fogo, Rio de Janeiro 22270-005
(55) 21 2535-3181 / 9645-0911

Juliana de Goes Hallais Ribeiro

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

Luisa Israel Ramos

luisaisrael@globomail.com
Botafogo, Rio de Janeiro
(55) 21 8678-2285

Lucia Maria Balian Racca

lucibalian@globo.com
R. Constante Ramos 44/709 e 710, Co-
pacabana, Rio de Janeiro 22051-010
(55) 21 2545-7730 / 9457-7039
Av. Ayrton Senna 2150/203 bl. G -
Casashopping, Barra da Tijuca, Rio de
Janeiro 22775-003
(55) 21 3325-8126

Marina Corrêa Oliveira da Silva

mah_cor@yahoo.com.br
R. Evaristo da Veiga 35/1707, Centro,
Rio de Janeiro 25075-135
(55) 21 2240-1833 / 8142-8966

Miriam Dutra Rodrigues Manes

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

Moana Cabral de Castro Mattos

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

Mônica Justa

monicajusta@hotmail.com
Icaraí, Niterói
(55) 21 8133-6255

Natália Ramalho Rodrigues

fisio_nat@hotmail.com

Nurit S. Weyrauch

nuritweyrauch@yahoo.com.br
Av. Ataulfo de Paiva 135/1307, Leblon,
Rio de Janeiro 22440-901
(55) 21 2512-7568 / 9643-5992

Priscila Peixoto Morteira

primorteira@yahoo.com.br
Penedo, Itatiaia
(55) 24 9824-5735

Rosemary Ramos Ribeiro Souza

marypilates@hotmail.com
Av. Almirante Tamandaré 553/202 e
203, Piratininga, Niterói 24350-380
(55) 21 2714-9043 / 9803-5610

Sandra de A. Dias Gomes

sandraadg@gmail.com
R. Padre Elias Gorayeb 15/701, Tijuca,
Rio de Janeiro 22271-020
(55) 21 2571-5722 / 9949-8198

Suzana Duque Pinheiro

suzanaduque@yahoo.com.br
R. Tavares de Macedo 95/911, Icaraí,
Niterói 24220-211
(55) 21 2704-4524 / 9552-2614

Suzana Guedes da Franca

sgfranca@yahoo.com
Flamengo, Rio de Janeiro
(55) 21 8212-6102

Thaís Pacheco de Araújothaispachecoaraujo@gmail.com

Av. Almirante Tamandaré 234, Piratininga, Niterói 24350-380

(55) 21 2714-9043 / 9868-6827

Thaís Telma Silva de Souzatsouza21@yahoo.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/303, Leblon, Rio de Janeiro 22440-901

(55) 21 2249-2756 / 9978-4042

Valéria Rosa Pinto da Silvavaleriarosapinto@yahoo.com.br

Copacabana, Rio de Janeiro

(55) 21 9468-9914

Vanessa Corrêa Gonçalvesvcgfsio@oi.com.br

R. Tavares Macedo 95/713, Icaraí, Niterói 24220-215

(55) 21 3123-0736 / 9804-1467

Vanessa Cristina Taccolini Quêrciavcquercia@hotmail.com

Casa Pilates - Estrada das Canoas 722/112 bl. 2, São Conrado, Rio de Janeiro 22610-210

(55) 21 2422-2137 / 7827-2825

Viviane Corrêa Gonçalves Ribasvivianeg.ribas@gmail.com

R. Tavares Macedo 95/713, Icaraí, Niterói 24220-215

(55) 21 3123-0736 / 9617-4678

RIO GRANDE DO SUL**Fundador****Teresinha Schulz**tecaschulz@yahoo.com.br

R. Augusto Pestana 25/43, Santana, Porto Alegre 90040-200

(55) 51 3388-2701

Titular**Angela Beatriz Campani**acampani@terra.com.br

R. Prof. Ulisses Cabral 1154, Chácara das Pedras, Porto Alegre 91330-520

(55) 51 3338-5241 / 9954-5078

Bernadete Merotto Beninidetebenini@hotmail.com

R. Cel. Lucas de Oliveira 336/802, Mont Serrat, Porto Alegre 90440-010

(55) 51 3533-1452 / 8206-4889

Jorge Luiz de Souzaprofepele@hotmail.com

R. Felizardo 750, Jardim Botânico, Porto Alegre 90690-200

(55) 51 3308-5862 / 9998-6970

Margareth Leysermargaleyser@hotmail.com

R. Castro Alves 1113, Rio Branco, Porto Alegre 90430-131

(55) 51 3029-4439 / 9122-3877

Aspirante**Fernanda Volpato da Silva**fernandavolpato@hotmail.com

R. José de Alencar 207/406, Menino

Deus, Porto Alegre 90880-481

(55) 51 3233-6110 / 9326-4991

Inez Pinto Cottensicottens@hotmail.com

R. Dona Augusta 445/105, Menino de

Deus, Porto Alegre 90850-130

(55) 51 9841-8241

Ariane Ethur Floresarianeflores@uol.com.br

R. Ernesto Becker 1425, Rosário, Santa Maria 97010-140

(55) 55 3026-0134 / 9978-1363

Cristina Alice Gessingercgesundinger@ibest.com.br

R. Júlio de Castilhos 2835/301, Centro, Uruguaiana 97510-311

(55) 55 3411-2221 / 9976-2234

SANTA CATARINA**Titulares****Ana Luisa Machado Martins Coelho**vitaafisio.ana@gmail.com

R. Aristides Lobo 194, Agrônoma, Florianópolis 88025-510

(55) 48 3333-8484 / 9111-2401

Lisana Torreslisanatorres@gmail.com

R. Vereador Guido Bott 35, Santa Mônica, Florianópolis

(55) 48 3028-7707 / 9951-3793

R. Equador 277/101, Centro, Timbó

(55) 47 3382-9593 / 9627-2502

Aspirante**Ana Carolina Rangel Thomé Cordeiro**carolina.pib@gmail.com

R. Almirante Carlos da Silveira Carneiro 182, Agrônoma, Florianópolis 88025-350

(55) 48 3228-2031 / 8414-6512

SÃO PAULO**Honorário****Lúcia Campelo Hahn**

Pacaembu, São Paulo

Titulares**Alexandro Luis França (Sandro)**sandrofranca@hotmail.com

Av. Padre Pereira de Andrade 341, Alto de Pinheiros, São Paulo 05469-000

(55) 11 3022-4965 / 8354-4099

Ana Luiza de Souza Lucaanaluzialuca@uol.com.br

Av. Tiradentes 101/62, Centro, Taubaté 12030-180

(55) 12 3621-4100 / 9744-3251

André Eduardo Trindadeandretrindade@terra.com.br

R. Capote Valente 439 cj. 101/102, Pinheiros, São Paulo 05409-001

(55) 11 3063-2987 / 9878-8747

Beatriz Ocougnebia@biaocougne.com.br

Alameda Gabriel Monteiro da Silva 436, Jardins, São Paulo 01442-000

(55) 11 3064-5049 / 9372-9652

Cecília Stephanceciliastephan121@hotmail.com

R. Ática 500, Aeroporto, São Paulo 04634-042

(55) 11 5031-6089 / 8237-4742

Claudia Regina Fonsecacaufonseca@uol.com.br

Vila Elvira, São Paulo

(55) 11 9689-0702

Dulce Maria Neves Alario Estevamdulcealario@hotmail.com

R. da Consolação 3367 cj. 23, Jardim Paulista, São Paulo 01416-001

(55) 11 3085-8556 / 7338-5006

Elisabeth Maria Schoenmaker de Blocklize@translate.com.br

Sítio Figueira exp. 64, Fundão - Holambra, São Paulo 13825-000

(55) 19 3802-2027

Giuliana Galhardi Apuzzogapuzzo@uol.com.br

R. Dardanelos 108/101B, Alto da Lapa, São Paulo 05468-010

(55) 11 3647-8385 / 8111-4419

Jane A. Ciconelli Figueiredojanefigueiredo@terra.com.br

Rua José Jannarelli 199/154, Morumbi, São Paulo 05615-000

(55) 11 3722-3916 / 9634-2862

Janette Zamudio Canalesjanettecanales@gmail.comR. Desembargador Eliseu Guilherme
200 cj. 501/503, Paraíso, São Paulo
04004-030

(55) 11 2307-0567 / 8155-4250

Josiane Izaías Paulino Milajosiane.fisio@uol.com.brR. João Alvares Soares 1983, Campo
Belo, São Paulo 04609-005

(55) 11 5686-9494 / 7105-9893

Kátia Oberding Kokronkatiakokron@terra.com.brR. Alves Guimarães 462 cj. 123, Jardim
América, São Paulo 05410-000

(55) 11 3063-2061 / 9357-8790

Lais Cristina Piccinini Costenarolaiscostenaro@uol.com.brR. Joaquim Antunes 727 cj. 116,
Pinheiros, São Paulo 05415-012

(55) 11 3082-6300 / 9905-0054

Luciana de Araujo Cazottilucianapilates@yahoo.com.brR. Artur de Azevedo 1217/64, Pinheiro,
São Paulo 05404-013

(55) 11 3083-4798 / 9114-2603

Margarete Primatimprimati@ig.com.brAv. Agami 347, Moema, São Paulo
04522-001

(55) 11 5051-9184 / 9945-2845

Maria Angélica A. dos Santosmangelsantos@uol.com.brAv. Nove de Julho 3229 cj. 1003, Jardim
Paulista, São Paulo 01407-000

(55) 11 3882-7200 / 9602-9568

Maria Antônia Carneiro da Cunha**Miguet**tota.miguet@terra.com.brR. Maria Tereza Dias da Silva 116,
Cidade Universitária, Campinas
13083-820

(55) 19 3289-5567 / 9105-1025

Maria Clara Bazan Meniniclara.bazan@uol.com.brR. Molière 212, Jardim Marajoara, São
Paulo 04671-090

(55) 11 5548-1516 / 9990-0892

Maria Conceição Esteveconchiesteve@gmail.comRua H 19 A casa 104, Campus CTA, São
José dos Campos 12228-510

(55) 12 3021-6638 / 9133-8602

Marta Erika Matsumotomartamatsumoto@yahoo.com.br

Vila Mariana, São Paulo

(55) 11 9291-8020

Mônica Almeida Monteiromoni-monteiro@uol.com.br

Higienópolis, São Paulo

Myriam Martins Novaesmyriamnovaes@msn.comR. Coronel Souza Franco 1110, Carmo,
Mogi das Cruzes 08780-110

(55) 11 4799-2128 / 9161-9500

Nara Vieira Gomes Pereiranara.vieira@terra.com.brR. Major José Inácio 2711, Centro, São
Carlos 13560-161

(55) 16 3376-1668 / 9707-8190

Nícia Popini Vazniciapopini@superig.com.brAv. Antônio Baturia 393, Alto de Pi-
nheiro, São Paulo 05462-050

(55) 11 3031-9382 / 7633-2689

Presciliana Straube de Araújopstraube@uol.com.brR. Peixoto Gomide 996 cj. 110, Cer-
queira César, São Paulo 01409-000

(55) 11 9192-0095

Renata Liye Matuotatamatuo@uol.com.brR. Prof. Arthur Ramos 241 conj. 14,
Jardim Europa, São Paulo 01454-011

(55) 11 3813-1621 / 9635-5724

Rita Mayumi Kubo Wadarita_wada@yahoo.com.brR. Caçapava 49 cj. 24, Jardim Paulista,
São Paulo 01408-010

(55) 11 3083-1967 / 7283-0319

Aspirantes**Juliana Pires de Campos Pedroso**julianapcp@ig.com.br

Chácara da Represinha, Cotia

(55) 11 9268-2531

Silvana Cabralsilvana.cabral@terra.com.brR. Visconde de Inhaúma 1241, Centro,
São Carlos 13560-190

(55) 16 3307-5386 / 9159-3583

Thaís Ciconelli de Figueiredothaisfigueiredo@gmail.com

Moema, São Paulo

(55) 11 9612-4925

AUSTRÁLIA**Titular****Flávio de Grandis Puchalski**flaviodegrandi@hotmail.comUnit 10/1 Philip Av, Broadbeach,
Gold Coast - QLD 4218

(61) 07 07 5679 3765 / 0410 78 4810

**A APGDS
no mundo****BRASIL**

Presidente: Bárbara Schindler

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

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.

ARTIGOS E RELATOS DE CASO

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.

PREPARAÇÃO DOS ORIGINAIS

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*”.

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).

Resumo, palavras-chave e referências

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

A última página deve conter as referências bibliográficas. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Estas deverão estar listadas ao final do artigo, por ordem alfabética. Devem ser citados todos os autores até 3 autores. Quando mais de 3, colocar a abreviação latina *et al.* Exemplos: Artigo – Campignon P., Harboux G. Proprioception: la prise de conscience corporelle. *Inforchaines* 2007;28:13-18.

Livro - Denys-Struyf G. Cadeias Musculares e Articulares. São Paulo: Summus; 1995. Capítulo de Livro – Barnes JF, Liberação miofascial. In: Hammer WI, editor. Exame funcional dos tecidos e tratamento por métodos manuais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2003. p.454-467.



summus editorial

Inglês Espanhol Francês Italiano

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

**think
the future**



Há 30 anos, sua casa de idiomas no Leblon.

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