

OLHAR GDS

Periódico oficial da Associação de Praticantes do Método GDS
de Cadeias Musculares e Articulares – Brasil | 2011 | nº5

Conferência de Alain d'Ursel (Bruxelas, 2010):
Nossos ossos são elásticos



Reeducação das lombalgias crônicas

Método GDS e Medicina Chinesa

Abordagem GDS na assistência ao trabalho de parto

Uma proposta GDS para trabalho terapêutico em grupo

EDITORIAL

Esta edição da revista Olhar GDS navega entre dois congressos internacionais, trazendo ecos de Bruxelas 2010 e um “aperitivo” do Rio 2012. A brilhante conferência de Alain d’Ursel, fechando o evento do ano passado, vem transcrita e traduzida. Um artigo de Philippe Campignon e Paul Fayada nos coloca um pouco mais em contato com professores europeus que virão à nossa cidade para o grande “acontecimento GDS” do próximo ano. Além disso, os trabalhos de profissionais brasileiros confirmam o percurso de excelência que vêm trilhando os terapeutas que praticam o método GDS no país.

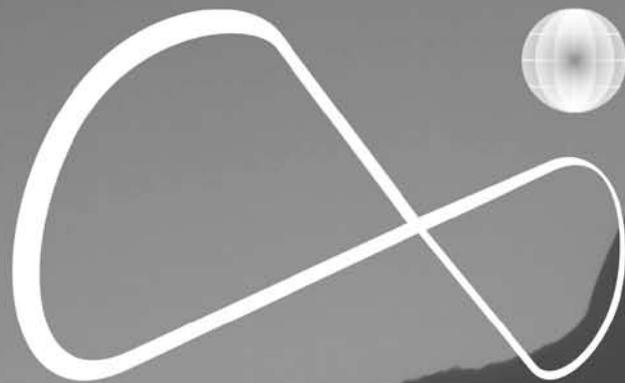
A todo vapor com os preparativos para o Congresso Internacional da APGDS, em agosto de 2012, esta revista está sendo lançada em uma Jornada Científica exclusivamente vivencial. A multiplicidade de aplicações das cadeias musculares e articulares GDS se traduz em nove oficinas práticas, sobre os mais variados temas, desde os aspectos mais simbólicos e artísticos que o método abrange até a biomecânica e o movimento, incluindo a presença de crianças em um ateliê voltado para elas.

Dentro do objetivo fundamental da APGDS de difundir amplamente o método no Brasil, lançamos mão dos principais recursos de divulgação na atualidade. Além do site www.apgds.com.br, estamos presentes no Facebook, Twitter, em um blog e em diversos portais na internet, postando artigos, calendário de cursos e eventos, comunicados, etc. O grupo GDS no Facebook tem facilitado a comunicação entre os sócios, inclusive de outros países. Utilizamos a tecnologia para aproximar pessoas e espalhar idéias!

O método GDS está vivo e em permanente processo de renovação, aprofundamento e atualização. Da mesma maneira, a associação que congrega os praticantes deste método precisa acompanhar as mudanças, se repensar, se transformar. Assim, o novo layout da nossa revista Olhar GDS constitui apenas uma das tantas facetas deste caminho de construção, que começou no dia da fundação da APGDS e não terminará nunca...

Você está convidado a trilhar conosco este caminho. Boa leitura!

Conselho Diretor da APGDS-Brasil



III CONGRESSO
INTERNACIONAL
DO MÉTODO
GDS

2012

Rio de Janeiro, 24 a 26 de agosto

**As atividades físicas e o movimento:
um novo enfoque**

SUMÁRIO

- 4 II CONGRESSO INTERNACIONAL DA APGDS - Bruxelas, 2010
Nossos ossos são elásticos: sentidos e consciência protegem nossas articulações
Alain d'Ursel
- 6 Consciência osteoarticular e coordenação neuromuscular pelas cadeias musculares GDS: Em direção ao gesto justo? – Aplicação na reeducação das lombalgias crônicas: uma outra luz?
Dr. Paul Fayada e Philippe Campignon
- 16 A estratégia da Lemnicata e sua correlação com a Medicina Tradicional Chinesa
Maria Antonia Carneiro da Cunha Miguet
- 23 Abordagem GDS na assistência ao trabalho de parto
Eliane Bio
- 31 Trabalho em Grupo: uma proposta terapêutica de funcionalização e estruturação pelo Método GDS
Mônica Souza
- 39 Cartas dos leitores
- 40 Aconteceu na APGDS
- 44 Formação oficial
- 45 Agenda de cursos
- 46 Bibliografia
- 49 Normas de submissão de artigos para o III Congresso Internacional do Método GDS
- 50 Associados
- 56 Normas de publicação

II CONGRESSO INTERNACIONAL DA APGDS BRUXELAS, 2010

Nossos ossos são elásticos: sentidos e consciência protegem nossas articulações

Alain d'Ursel

Conferência de
1º de maio de
2010

Tradução de
Laura Annette
F. de Moraes

“Variem as posições! Despertem seus ossos!”

Ninguém é dono da verdade, mas essas avaliações nos dão elementos para compreender e ver que cada pessoa tem sua maneira peculiar de agir no mundo.

Essa observação deve nos levar a propor uma conduta benéfica para que o corpo funcione melhor.

Era uma vez uma senhora que percebeu que o corpo se mexe no espaço à espreita, voltado para cima, em ação, para a frente, voltado para si mesmo e seus apoios, que se exterioriza, que se interioriza, que pode viver de modo fluido, adaptável e variado, no meio dessas grandes direções antagônicas.

O osso está vivo, é preciso que se diga!

Esse corpo, eu digo, age como uma unidade em que o gesto e o que o anima são apenas um.

Essa senhora se chama Godelieve Denys Struyf.

Tendo vivido seus primeiros 16 anos na África, ela aprendeu a observar por si mesma, com muita acuidade e independência de espírito. Ela desenvolverá, assim, o método chamado de cadeias musculares e articulares, método GDS.

Esse corpo percebido em sua globalidade física e psíquica é um desses “tesouros de especialista”, que ela fazia muita questão de que fosse compartilhado com todo mundo, como uma forma de prevenção.

Essa motivação, aliás, é a origem desta jornada.

Dar sentido às nossas tensões, ter consciência do lugar em que estamos, reprogramar nossos tecidos, que tendem a esquecer tal fato, toda a grande riqueza adaptativa do corpo, essa foi uma parte importante de suas pesquisas.

Todas as manhãs nos vestimos novamente com as mesmas tensões. As atitudes e os gestos se repetem, idênticos. Eles se inscrevem, incrustam-se e acabam por comprometer nossas articulações. As solicitações ocorrem sempre nos mesmos lugares. O corpo sofre, defende-se, fica em péssimo estado.

A cumplicidade lúdica entre os ossos e os músculos se perde.

Ninguém se balança mais (as outras pessoas), mas, em vez disso, prende-se, mantém-se na mesma posição, reprime-se, e os ossos ficam presos na armadilha das redes estendidas pelas couraças musculares.

Uma das numerosas estratégias propostas pelo método é desenvolver em si mesmo a consciência do arcabouço ósseo. Para Mme Struyf, esse era o melhor caminho da prevenção para e pelo movimento.

“O modo de usar o corpo está escrito na forma dos ossos”, dizia ela. Mas ainda é necessário que os músculos leiam com atenção esse modo de usar!

Ela dizia: “Costas sem consciência de sua coluna óssea vai criar uma para si com seus músculos!” Difícil, então, pedir a esses músculos para relaxarem.

Os ossos... mas que imagem temos deles? A pergunta é pertinente, pois o corpo tenta se adaptar à imagem que se tem deles.

Podemos afirmar que o corpo imita o que penso dele? Uma imagem correta, integrada ao corpo, vai levar automaticamente ao gesto justo.

A consciência dos ossos da bacia, do sacro, dos ilíacos, fêmures e lombares vai, automaticamente, criar uma harmonização dos músculos que prolongam sua forma (Gerda Alexander falava de eutonia).

Eis um exemplo de uma imagem correta que vai corrigir os efeitos nefastos de uma imagem errada:

- nossos ossos têm uma parte de elasticidade que nossa consciência não utiliza, e nós nos mexemos como se eles fossem duros como ossos, como esqueleto (origem da palavra: seco!) 10% do peso do osso é água. Ele tem o aspecto de uma matéria lenhosa, como a madeira. Seco, ele se quebra; úmido, ele pode curvar.

A matéria óssea tem a capacidade de reagir, poderíamos dizer, “suavemente”, às pressões e solicitações numerosas e variadas, graças à sua estrutura levemente elástica e esponjosa.

Ora, essa realidade é amplamente ignorada em nossa consciência corporal.

A compressão, a tração, a torção, o cisalhamento estimulam a produção e a vitalidade do tecido ósseo.

Essa é uma boa notícia para todas as nossas articulações que veem, assim, seu papel de amortecedor ser feito, em parte, por esses ossos que imaginávamos rígidos (imita a asa do pássaro para demonstrar que, se os ossos não fossem levemente flexíveis, o pássaro precisaria de músculos curtos, potentes e volumosos para levantar a asa na sua posição de extrema extensão. Esses músculos entravariam a sequência do movimento de flexão para dar um impulso e alçar voo com o fluxo do ar).

É também uma boa notícia para nosso estado geral de saúde: a elasticidade do osso realiza uma estimulação trófica da medula, que produz glóbulos vermelhos, brancos e outras plaquetas, elementos bastante úteis! O movimento solicita os ossos e, por intermédio deles, a medula óssea!

Para ser breve e incisivo: o movimento massageia a medula!

Uma primeira parte das pressões provém da força da gravidade. Os ossos são o lugar em que se encontram, se cruzam e se opõem o peso do corpo e a resistência do chão. A infinita variedade das atitudes, posturas e movimentos (caminhadas, corrida, saltos, quedas...) vai estimular e, portanto, manter bem viva a trama óssea, com suas abóbodas, seus arcos, suas traves, que se constroem sobre essas linhas de força. A ausência de gravidade (microgravidade) prolongada vai criar uma perda de matéria óssea (caso dos astronautas), da mesma forma que a falta de solicitações (a osteoporose que constatamos quando colocamos uma haste rígida para fixar uma escoliose, donde o interesse de pôr uma haste relativamente flexível para prevenir essa complicação (conferir o trabalho do Dr. Paul Fayada).

Uma segunda categoria de pressões provém do jogo múltiplo e variado de tensões antagônicas oriundas dos grandes conjuntos musculares que percorrem o corpo de alto a baixo e de uma extremidade à outra.

As “cadeias musculares” são como as cordas de um instrumento musical, esticadas sobre uma estrutura óssea sensível e em interação com a variação de tensão dessas cordas.

Conscientizar-se a si mesmo dessa realidade fisiológica dos ossos durante o movimento será muito eficaz para a precisão do movimento, para a “beleza” do gesto assim reprogramado.

Consciência osteoarticular e coordenação neuromuscular pelas cadeias musculares GDS: Em direção ao gesto justo? – Aplicação na reeducação das lombalgias crônicas: uma outra luz?

Dr. Paul Fayada
e Philippe
Campignon

Tradução de
Laura Annette
F. de Moraes

A reeducação das lombalgias crônicas é muitas vezes considerada como o “parente pobre” no tratamento reeducativo, em geral, e, particularmente, em relação aos diferentes recursos de que a medicina dispõe para tentar aliviar os pacientes lombálgicos crônicos (medicamentos, anti-inflamatórios, relaxantes, infiltrações variadas e até mesmo cirurgia).

E com razão, seus resultados parecem muitas vezes aleatórios, algumas vezes bons, a curto prazo, muitas vezes medíocres e decepcionantes a longo prazo.

A exposição que se segue não tem nada de científica já que não contém nenhuma avaliação estatística. Mas, ao mesmo tempo, ela é plenamente científica no sentido primeiro da experimentação, isto é, ela representa a experiência prática e os ensaios e erros de mais de dez anos de prática de atendimento aos lombálgicos, no plano cirúrgico, reeducativo, comportamental e psicológico no meio de uma pequena estrutura de atendimento pluridisciplinar.

Este artigo foi redigido conjuntamente por um cirurgião (PF) e o fisioterapeuta (PC) responsável pelo ensino desse método na França; entretanto ele é apresentado como a experiência do cirurgião que foi descobrindo aos poucos essa técnica.

Vou apresentar-lhes, em algumas páginas, um método de raciocínio, relativamente complexo, ensinado durante vários anos, o que é um grande desafio.

Vou, portanto, tentar comunicar aos senhores meu interesse pelas cadeias GDS, tais como as descobri aos poucos na minha prática profissional e nos meus fracassos terapêuticos no que diz respeito às lombalgias, que são minha prática quotidiana.

1º) A propósito de uma experiência prática nos pacientes lombálgicos.

Em fisioterapia “clássica”, a primeira constatação ao se atender esses pacientes, que, à primeira vista, apresentam todos o mesmo tipo de dores, é a impressão de que nem todos reagem da mesma maneira a um tratamento fisioterapêutico semelhante: isso sugere a existência de variáveis, de fatores que não são identificados na análise da patologia e que devem influenciar o resultado final.

- A população, em geral (inclusive os médicos), tem um grande desconhecimento das regras de base do gestual fino do aparelho locomotor por não integrar a atenção a ser dada ao gesto. A maior parte dos gestos é executada de modo inadequado, automático e, portanto, inconsciente. O trabalho de conscientização deve, portanto, começar no próprio médico.

- As rigidezes segmentárias múltiplas frequentemente constatadas são responsáveis por sobrecargas de pressão no gestual quotidiano e podem favorecer a degenerescência acelerada dos segmentos articulares por mobilidade e movimentos inadequados. Esse papel de absorção das pressões é particularmente bem ilustrado pelo exemplo das artrodeses extensivas dorsolombossacras, que se apresentam em algumas escolioses onde a rigidez excessiva da coluna vertebral adquirida por artrodese vertebral provoca sobrecargas de pressões ao nível das articulações adjacentes, em particular, ao nível da coluna cervical e das articulações sacroilíacas, provocando envelhecimento acelerado e dores nessas articulações.

- Muitas vezes, a zona dolorosa não é a causa direta do problema, que se situa à distância, assim como mostra o exemplo caricatural dessas artrodeses extensivas; o problema não está no nível da sacroilíaca dolorosa, mas provém da rigidez excessiva sobrejacente.

- Quanto mais evoluímos no conhecimento da dor, em particular, no quadro das lombalgias crônicas, mais nos damos conta do intrincamento de múltiplos fatores.

2º) O ponto de partida de meu interesse por esse método criado por Madame Godelieve Denys Struyf se situa na interseção de meus interesses profissionais e pessoais:

- interesse do médico por uma análise fina e, ao mesmo tempo, global da patologia apresentada por esses pacientes, motivada pelos fracassos intermitentes, aleatórios e incompreensíveis de um atendimento “convencional” em reeducação médica e cirurgia das afecções da coluna vertebral.

- interesse em dispor de um instrumento, ao mesmo tempo, terapêutico e preventivo poderoso.

- interesse pessoal pela compreensão do corpo, em geral (e, em particular, pela experimentação pessoal do paciente em potencial que sou), pelas diferentes abordagens corporais, sejam elas esportivas (principalmente, artes marciais leves), artísticas, terapêuticas ...

3º) Um aspecto mais pessoal a ser integrado

Como médico, esse aspecto personalizado do estudo me parece indispensável que seja integrado; tanto é verdade, que, na minha opinião, só pode ensinar alguém a nadar quem sabe nadar. Melhor ainda: é preferível, para isso, que o professor de natação esteja na água com o aprendiz para lhe inspirar confiança nessa possível conquista de um elemento, por definição, hostil, pois não dominado, a ficar de pé, munido de uma vara, nas alturas seguras de uma borda de piscina, infelizmente, fora do alcance do aprendiz de natação.

Da mesma maneira, o médico deve dar credibilidade à abordagem corporal por uma apropriação pessoal real das técnicas que proporá depois a seus pacientes, de modo mais eficaz, pelo fato dessa confiança vir do exemplo. Um médico contraído só pode ter pacientes contraídos. E como é frequente esse círculo vicioso: dor, contração, medo de sentir dor exagerando a contração, daí o aumento da dor por solicitação excessiva de uma zona já fragilizada, etc... Essa entrega em confiança me parece um elemento determinante.

É claro que há um longo caminho a percorrer entre o cirurgião da coluna vertebral e o profissional com uma certa forma de conscientização de um funcionamento otimizado do aparelho locomotor, que deveria estar baseado não somente numa reeducação desse aparelho motor em conexão com nosso hemisfério esquerdo mas também e, principalmente, numa reeducação e num despertar de nosso aparelho sensitivo propioceptivo indissociável e indispensável, e, no entanto, tão frequentemente esquecido, em ligação com nosso hemisfério direito maltratado e abandonado.

Essa análise cartesiana, aliás, indispensável, de um aparelho locomotor que excluiu o sensitivo na própria escolha das palavras que o caracterizam se explica, em parte, por nossa formação médica, mas também pela evolução das técnicas de exploração paraclínicas que estão estreitamente a ela ligadas. Assim, aprendemos anatomia nos livros ou em salas de dissecação onde, por definição, tudo se tornou inanimado e rígido, seja pelas páginas do livro, seja pelo formol. O osso morto é, portanto, rígido; o próprio músculo é só rigidez. Oh! Quão diferente da realidade fisiológica do osso vivo, maravilhosamente adaptável! O estudo das radiografias nos conforta há décadas com essa impressão de um ser humano semelhante a um esqueleto imobilizado num clichê. Se não se vê nada nas radiografias é que não deve ser muito grave. Inversamente, quantos bicos de papagaio, esmagamentos discais ou artroses lombossacras lidas

numa radiografia ou em seu laudo foram indevidamente responsabilizados por uma dor. A chegada do tomógrafo possibilitou uma maior definição dessa estrutura óssea e permitiu constatar que esse osso é envolvido por tecido mole que, às vezes, se pode identificar claramente como o responsável por uma patologia ciática quando existe uma hérnia discal, por exemplo. Mas foi principalmente a ressonância magnética que realmente permitiu revelar esses músculos que fazem parte integralmente de nosso aparelho locomotor e pressentir um universo potencialmente patogênico nunca imaginado nas radiografias comuns. E, no entanto, o que fazer, senão suspeitar de uma patologia psiquiátrica avançada, por falta de um melhor diagnóstico, quando a tomografia e a ressonância magnética são consideradas normais, e o paciente insiste em descrever lombalgias persistentes, apesar de um tratamento medicamentoso bem conduzido e sessões seja de fortalecimento muscular exclusivo, que negligencia o que é sentido e a mobilidade nos três planos do espaço da maioria de nossas articulações, seja por uso da lâmpada de aquecer, procedimento tão caro a grande número de fisioterapeutas. É indispensável uma melhor compreensão e análise das dores projetadas de origem musculares, articulares, aponevróticas, muitas vezes veiculadas pelo sistema nervoso autônomo, que projeta finas ramificações sobre o sistema radicular. O futuro será, portanto, das explorações dinâmicas, plataforma de forças, análise do movimento, se bem que, aí, só se está explorando a parte motora do movimento e não o corolário indispensável do que é sentido.

A CONSCIÊNCIA DO OSSO

Assim, este trabalho e os elementos a priori surpreendentes no que diz respeito a uma pretensa consciência do osso não podem ser integrados, compreendidos, fazendo somente apelo às qualidades tão lógicas e cartesianas de nosso hemisfério esquerdo. Ele necessita, também, de experimentação, o que cada um de nós sente através de nosso hemisfério direito.

Citarei as magníficas palavras de Marcel Jousse (*Anthropologie du geste*, Gallimard): “o pecado original de nossa civilização de gosto pela escrita é de se imaginar a civilização por excelência. Em vez de reduzir-se o campo de observação sobre a letra “morta” dos textos, é preciso desenvolver-se uma metodologia baseada, principalmente, na conscientização de uma ferramenta viva: o gesto humano. Esta ferramenta se elabora instintivamente em cada um de nós e se afina à medida que nós temos uma mais clara consciência dela. Para se

conhecer bem, é preciso se observar bem. O verdadeiro laboratório é um observatório de si mesmo, e é um árduo trabalho aprender a se ver. É preciso, portanto, criar laboratórios de conscientização.”

Os antropólogos nos ensinaram que é da função que decorre a forma: o osso é modelado pelo músculo que nele se insere e determina uma certa função. A análise dos ossos (tamanho, importância das torções, volume das apófises, finura, robustez, etc...) permite identificar as características de uma espécie, seu determinismo. Pode-se, assim, precisar a bipedia ou a quadripedia de um animal desaparecido há muito tempo, seu meio (arborícola, savana, etc). Nada mais evidente, ao se ver o esqueleto maciço de um rinoceronte, adivinhar que sua função difere sensivelmente do esqueleto delgado de uma gazela. Nada mais evidente ver que o esqueleto de um peixe é destinado ao nado e não está adaptado à vida terrestre. Este estudo e esta forma de abordagem podem, evidentemente, aplicar-se, igualmente, ao homem.

É o osso que recebeu essa forma, agora, imobilizada. É o osso que nos dá a imagem, a fórmula mecânica de como isso deve funcionar. Para se convencer disso, basta observar um corte frontal em vista anterior da pelve para que a analogia com uma catedral nos venha à mente: o sacro representa o papel da chave de abóbada, as asas ilíacas, os arcobotantes, os fêmures, os pilares. Mas, diferentemente de nossas igrejas, nossa bacia é uma estrutura ora plástica, ora dinâmica, encarregada de adaptar-se ao movimento e mesmo de construí-lo, já que é a partir desses ossos que nossos músculos vão apoiar-se para gerar o movimento.

Apesar do osso, que tem sua forma correta, sua mecânica justa, nossos músculos entram, às vezes, em luta, criando essas famosas cadeias musculares que nos acorrentam. Quando se quer encontrar a maneira correta de se mexer, para colocar esse corpo novamente em harmonia, basta olhar a forma do osso, senti-lo e repor essa forma na memória no sistema nervoso.

Quando se toma consciência da presença do osso em si mesmo e, em particular, de sua forma, os músculos retomam seu comprimento e sua tensão justa.

O apoio ósseo dá, portanto, ao músculo seu comprimento, sua tensão, sua forma e suas relações com os outros músculos. Trata-se da memória de uma tensão justa e de uma coordenação. A conscientização do osso, de sua forma e de sua estrutura pode ativar essa memória. Basta, então, posicionar as articulações em situação progressiva de alongamento, o sistema neuro-

muscular “faz o resto”, regulariza a tensão, reconstrói uma coordenação.

A falsa imagem do músculo que se considera o apoio, um esqueleto muscular, impede o relaxamento. Quando se tem uma vivência e uma consciência da armadura óssea, a presença sensível desse apoio autoriza um relaxamento da couraça muscular.

Consciência demasiada do músculo focalizada sobre a necessidade de ter músculo (uma caricatura disso é o “body building”) e a ausência de consciência do apoio geram um funcionamento errado.

Funcionar com pouca ou nenhuma consciência corporal conduz ao movimento incorreto. Este, por sua vez, conduz a uma espécie de desestrutura das articulações.

Alongar desordenadamente conduz a enfraquecer mais do que a restabelecer. Se, no meio de todas essas rigidezes, alonga-se sobre defesas, enfraquece-se. Correm-se riscos relaxando as cadeias musculares, se não há uma estrutura por trás, principalmente, na presença de uma escalada de tensões.

Deve-se instalar a consciência ao mesmo tempo que a estrutura. Em seguida, estando melhor integrada a estrutura óssea, pode-se iniciar o relaxamento das tensões.

Evitar a desordem é trabalhar para a consciência do corpo. Alongar é conscientizar-se da estrutura sobre a qual as cordas estão esticadas. A mensagem existe, mas o papel do médico ou do fisioterapeuta é fazer com que o paciente se conscientize dela e a reimprima no sistema nervoso.

As imagens exercem seu poder em nossos funcionamentos, elas destroem ou constroem. Esticar as cordas do instrumento, ajustá-las, harmonizá-las sobre uma estrutura óssea conscientizada é melhor do que procurar ter músculos de aço.

Então, eu vou reimprimir a mensagem que o osso me passa, que o osso me diz; basta olhá-lo (em um modelo) depois de senti-lo em mim. Eu reimprimo a mensagem por minha pele, por meu tecido conjuntivo, no meu sistema nervoso e na minha mente. Não esqueçamos que, em relação a isso, pele e sistema nervoso têm a mesma origem embriológica: por conseguinte, um trabalho feito com consciência sobre minha pele tem uma ação muito mais profunda do que poderia parecer à primeira vista. De todos os modos possíveis, eu reimprimo a mensagem, o sistema nervoso faz o resto: é reflexo; ele vai ordenar aos músculos a tensão justa para que todos fiquem afinados.

No caso da bacia, por exemplo, não estando mais pressionadas, as articulações sacroilíacas voltam a seu

lugar; o púbis retoma sua posição normal. Faz-se isso no corpo inteiro. É uma afinação muscular a partir do apoio ósseo.

Uma pequena história vem ilustrar isso: ao dar um curso para fisioterapeutas sobre a possibilidade desse tratamento, a exposição teórica foi seguida de uma sessão prática de conscientização por estudo, palpação de peças de esqueletos, da bacia, em particular, trabalho sobre cada um, a fim de melhor perceber, sentir os elementos ósseos em si mesmo (palpação, percussões que fazem soar o osso e permitem ter uma mais clara consciência deles ...). No final da sessão, um dos ouvintes veio me dizer que tinha acabado de compreender, de sentir, realmente, o movimento do swing que ele fazia, sem sucesso, no golfe há anos...

CÉREBRO EMOCIONAL E CORTICAL – APARELHO LOCOMOTOR E CÉREBRO

Apesar desse tipo de atendimento, acontece que se observa a ocorrência de recidivas dos esquemas de tensão muscular.

Para que esse atendimento reeducativo dure bastante, é preciso entender que nossos funcionamentos estão, muitas vezes, ligados ao psicológico e ao emocional, e que a conscientização corporal deve estar ligada a uma conscientização de nossos esquemas de funcionamento psicocorporais. Somente essa associação do corporal ao psíquico poderá permitir resultados duráveis sobre nossas tensões musculares liberadas e conscientizadas.

Um exemplo de minha prática virá ilustrar esse intrincamento: um paciente lombálgico crônico de 50 anos acaba sendo operado depois de vários anos de fisioterapia, coletes, medicamentos variados e infrutíferos. Uma artrodese segmentar foi realizada. O alívio durou 2 anos; depois, dores idênticas recomeçaram; as avaliações radiográficas, normais; as sessões de cinésio clássica, um fracasso. Após 15 dias de um trabalho de equipe associando fisioterapeuta, médico, psicólogo, sofrologista, o próprio paciente identificou o problema: “como é que vocês querem que eu não tenha dor nas costas, se eu choro e fico inclinado sobre o túmulo de meu pai há 40 anos...”

Essa história não é um caso isolado.

É preciso destacar a importância das costas nas implicações psicológicas e simbólicas:

Com efeito, as costas, frequentemente, aparecem em metáforas no cotidiano, desde que surge um conflito, uma sobrecarga física ou psicológica, uma ou várias

angústias: é útil lembrar todas as expressões populares que fixam, assim, o papel da coluna:

- desejar ver alguém pelas costas;
- levar uma punhalada nas costas;
- carregar todos nas costas;
- ter as costas largas;
- ter as costas quentes;
- dar as costas a alguém;
- ver alguém pelas costas;
- no que diz respeito ao sistema nervoso (e cutâneo de origem embriológica comum) indissociável da coluna: ter os nervos à flor da pele, ter nervos frágeis, estar mal dos nervos, dar nos nervos, ter os nervos em frangalhos...
- do ponto de vista erático, as costas representam um certo papel (ter uma bela queda de rins...)

As costas veiculam, igualmente, símbolos importantes:

- Para certos povos que nós rotulamos de “primitivos”, o futuro, o que não se pode facilmente apreender é o que se tem nas costas, que não se pode olhar, enquanto que o passado é o que se tem diante de si...
- As costas representam a verticalidade, que é uma das características essenciais do homem.
- As costas são também nosso eixo. Não se diz: o eixo vertical? O eixo em mecânica define uma certa estrutura. – Não é a mesma coisa em relação à nossa coluna vertebral? E estamos conscientes dessa estrutura, não intelectualmente, mas em nosso corpo?
- Um eixo liga também duas estruturas diferentes. O eixo de transmissão que liga o motor às rodas. Assim, nossa coluna vertebral liga nossa bacia, na qual ela se implanta, à nossa cabeça. É, portanto, um elo entre a terra e o céu, no sentido mais prático mas igualmente simbólico.
- A bacia simboliza a terra que nos alimenta e de onde nós saímos no momento do nascimento.
- A cabeça abriga nossa mente, simboliza o céu. Não se diz: “ter a cabeça nas nuvens?”

- A coluna vertebral carrega e suporta, portanto, nossa mente. Lembremo-nos de que a primeira vértebra se chama atlas. Atlas, que, na mitologia, carregava o mundo nas costas; outra vez, a referência às costas... A segunda vértebra é áxis, a vértebra que permite o eixo (de rotação) ...

Hassan Massoudy, calígrafo contemporâneo, observou, muito apropriadamente, que:

“quando eu considero meu gesto justo, o conflito interior não existe mais...”

- se o ponto de equilíbrio exato não é atingido, se é o fracasso, cada um descobre, então, seus próprios limites, sua humanidade, a fragilidade do ser. A caligrafia pode tornar-se um indicador dessa ausência de centro, desse desequilíbrio. Essa experiência se torna, então, conhecimento de si e, talvez mesmo, evolução, se, no mesmo instante, o indivíduo se levantar novamente para recomeçar.”

“se o traço está vivo, ele é o reflexo das emoções...”

Karffried Durckeim, em um de seus livros, escreveu também:

“a emoção só pode se desenvolver na medida em que ela é acompanhada do gesto que a exprime. Pelo gesto, pode-se despertar o sentimento que pertence à emoção.”

A forma do corpo é, portanto, influenciada pelo próprio gesto, pelas emoções.

ALGUMAS PALAVRAS SOBRE A TEORIA DAS CADEIAS GDS

A força e a originalidade das Cadeias Musculares GDS é ter compreendido que o corpo é a ferramenta de expressão de cada um e ter sabido ligar o aparelho locomotor, e, em particular, a postura e o gesto ao comportamental, ao psicológico e a nosso cérebro emocional; “este exerce uma influência essencial (muitas vezes sem nosso conhecimento) em nossos comportamentos, nossas atitudes e, também, no desenvolvimento de atitudes que, se elas se repetem e, com frequência, se imprimem demais em nos nossos músculos, contribuem para o desenvolvimento de diversas patologias. Nossas estruturas psíquicas

influenciam, portanto, a forma de nosso corpo, o qual é um “revelador” de nossa estrutura psicomotora.

Esse método GDS é simples na sua teoria, já que ele define 5 grupos musculares agrupados em “cadeias” ligadas a 5 arquétipos fundamentais de funcionamento humano, também encontrados pelos antropólogos.

Diferenciam-se, assim, 5 pares de cadeias musculares dedicadas cada uma a um conjunto de “funções arquetípicas.

Todas essas cadeias, em teoria, deveriam funcionar de modo igual e coordenado, unidas em esquemas de movimentos bem orquestrados, terminando na forma “perfeita” e no gesto “justo”.

Na prática, a atividade dessas cadeias musculares se exerce muitas vezes em territórios ou unidades funcionais predominantes em função de nossos esquemas de funcionamento comportamentais e psicológicos próprios, ocasionando, muitas vezes, uma dominância em nosso corpo de uma dessas cadeias musculares.

Essa maior atividade em uma das cadeias musculares pode, por sua repetição, sua tensão ou sua modalidade, determinar uma postura preferencial.

De uma divisão desigual desse trabalho e das tensões entre as cadeias musculares, nascem formas que diferenciam os indivíduos e determinam terrenos predisponentes a patologias específicas, o excesso podendo conduzir a verdadeiras deformações.

1º) Distinguem-se:

- 3 cadeias fundamentais, que modelam o eixo vertical do homem (unidade funcional tronco e cabeça). Essas cadeias articulares são estruturadas a partir da coluna vertebral.

- 2 cadeias musculares complementares definem o eixo horizontal ou relacional a partir dos membros.

- 5 constituintes psíquicos, ligados a essas cadeias musculares, 3 ligados à personalidade e 2 complementares ligados ao modo relacional.

Cadeias musculares do eixo horizontal

- Cadeia anterolateral AL:

Ela corresponde, do ponto de vista comportamental, ao gesto de trazer para si, à introversão, e, no excesso, ao fechamento em si mesmo.

- Cadeia posterolateral PL:

É o gesto de abertura para o exterior, a extroversão e, numa composição excessiva, a dispersão.

Cadeias musculares do eixo vertical

- Cadeia anteromediana AM
- Cadeia posteromediana PM
- Cadeia posteroanterior e anteroposterior PA-AP

2º) Significação psicocomportamental das cadeias musculares do eixo vertical

Georges Dumezil, em sua obra magistral sobre as culturas indo-europeias (*Mythes et Épopées*, NRF Gallimard), mostrou que todas essas culturas têm uma base, arquétipos comuns, na origem de nossas pulsões essenciais, atitudes psicocomportamentais amalgamadas à nossa estrutura humana fundamental. Ele definiu, assim, 3 funções essenciais:

- Função da fecundidade (cuja projeção corporal é a cadeia muscular AM)
- Função guerreira (PM)
- Função mágica ou artística (PA)

a) A estrutura AM, Cadeia anteromediana AM

- A função de fecundidade, gestação, nascimento, célula familiar, círculo de amigos.
- Um continente, o fato de estar contido

Estar contido numa história, numa tradição, num passado, numa cultura, num clã... centragem que se apoia num passado.

- Imagem da mãe e da criança (o bebê)
- consequentemente, a função de nutrir, a agricultura (que é, em certas culturas, reservada às mulheres porque a Terra é mãe que fornece alimento), o criador de gado.
- essa função privilegia a boca, o olfato, o prazer do paladar e do tato, sentimentos, sensualidade, o eu.

De um ponto de vista biomecânico, a estrutura AM se caracteriza por uma verticalização do sacro, pelo fato de uma grande atividade dos músculos da pequena bacia e do períneo (coccígeo e piriforme), o psoas estando distendido de modo passivo. Há, então, uma cifose lombar.

b) A estrutura PM, Cadeia posteromediana PM

- a função guerreira: Proteção da família, do clã e da vida, a sobrevivência é sua preocupação.

Como consequência, função de caçador, aquele que pode matar, que está ao lado da morte. É a função de conquistar tudo o que está fora de si, o desenvolvimento de estratégias... (pesquisador científico, por exemplo)

- Imagem do pai, do caminho, do companheiro, o acompanhamento dos primeiros passos da criança.
- Com relação à noção de continente e de centragem (AM), a pulsão comportamental PM descentra e se apoia sobre o futuro, a previsão e a prevenção.
- Essa função privilegia a visão, a observação, a pesquisa (pesquisador científico), uma intelectualidade dotada para o domínio do meio externo.

A estrutura PM é caracterizada por uma tendência à extensão e à espondilolistese de uma vértebra em relação à outra devido à ação preponderante dos músculos paravertebrais. O glúteo máximo, ativo demais e que, principalmente, inverteu seu ponto de ancoragem que, em vez de ser femoral, torna-se pélvico, horizontaliza o sacro. Resulta disso uma lordose acentuada lombossacral. A vértebra neutra não é mais L3, mas L4; encontra-se, nas radiografias, uma tendência à extrusão discal anterior de L5. As asas ilíacas basculam para trás e, devido à horizontalização do sacro pelo grande glúteo, observa-se uma distensão dos ligamentos sacrociáticos na parte inferior e ligamentos iliolumbares na parte superior da bacia. Esses pacientes têm uma verdadeira instabilidade sacroilíaca.

c) A estrutura PA-AP, duas cadeias profundas: anteroposterior e posteroanterior

Constituída por duas cadeias profundas, anteroposterior e posteroanterior, que ocupam o espaço do corpo entre a parte anterior e a parte posterior. Um de seus elementos chave é constituído pelo diafragma. Elas recobrem os ossos com uma estrutura muscular profunda, fazendo, assim, o papel de ligamentos ativos. São, portanto, músculos sentinelas.

Após a função de fecundidade e a função guerreira, essa estrutura corresponde à função mágica ou sagrada posta em evidência por G. Dumézil. Ela tem também uma função de elo, de afinação, de equilíbrio, de harmonização.

- Fazendo uma comparação com a mãe que centraliza e contém, e o pai que descentraliza e acompanha, as pulsões comportamentais PAAP são as do filho.

- Imagem da criança que se situa, se põe de pé entre terra (o apoio, o suporte) e céu (o divino), frente-trás, esquerda-direita, que procura o eixo vertical, o equilíbrio. A imagem da criança em cada um de nós, do homem que tem vocação para conciliar os contrários, para unir novamente, do equilibrista na sua corda bamba, seguindo em cadência todas as direções do espaço, em constante adaptação, à escuta da pessoa viva (e, portanto, o ritmo, a respiração, os batimentos da vida)

- A função privilegia a sensibilidade cinestésica, a intuição, coloca todos os sentidos em alerta para a escuta de si e do meio ambiente.

- Em consequência, as funções de acrobata, de artista, mas também todas as buscas de ideal, de aperfeiçoamento, de harmonização.

O indivíduo em PAAP tem uma lordose lombar acentuada devido à ação predominante dos psaos e do diafragma, a vértebra neutra torna-se L2, às vezes L1, muitas vezes há uma tendência à espondilolistese de L5 devido ao excesso de tensão dos psaos.

3º) Distribuição dessas cadeias no corpo

A estruturação psicomotora da criança obedece a uma ordem precisa:

Sucessivamente e progressivamente, as 3 estruturas do eixo vertical se instalam.

- AM, com a qual se nasce, em cifose global do tronco

- AP-PA, é a aquisição da posição sentada

- Em seguida, PM, com a posição em pé, a procura da extensão da coluna vertebral

Esses diferentes estágios formam uma espécie de onda de crescimento.

O ideal é obter a harmonia entre as 3 cadeias principais, AP, cadeia do ritmo e da alternância, servindo para passar de uma cadeia a outra com a ajuda das cadeias relacionais PL e AL.

4º) Após essa longa descrição que pode parecer poética e, portanto, fora do propósito do médico ou do fisioterapeuta, ou, em todo caso, pouco prática, como se faz na prática???

Não se deve esquecer, na verdade, que esse método não se baseia na admiração de algumas caligrafias vindo ilustrar esse aspecto teórico, mas na análise prática muito precisa de milhares de pacientes, tratados por Madame Struyf, conceptora desse método, num senso agudo da observação clínica fina. As técnicas utilizadas (as massagens, os alongamentos, por exemplo) não são, necessariamente, específicas do método, mas são utilizadas de outra maneira, numa preocupação de uma contínua adaptação ao caso de cada um, a partir de um raciocínio, ele sim, original. Essas técnicas são variadas: estiramentos, pressões modeladoras, técnicas de pele, contrações isométricas, alongamentos, percussões no osso, ou simplesmente a busca da execução do movimento realizado corretamente, finalização do trabalho global.

É claro que é indispensável que essa técnica seja assimilada tão perfeitamente quanto possível, mas não é o objetivo em si.

Assim como o músico, que deve dominar seu instrumento e deixar em segundo plano sua técnica, para nos emocionar por sua penetração em uma obra musical, o fisioterapeuta deve integrar suficientemente sua técnica para só se concentrar na análise e escuta do paciente, muitas vezes, muito instrutivas.

Algumas palavras de mecânica muscular

Vê-se facilmente, nos 2 esquemas precedentes, como uma tipologia PM, por exemplo, (esquema da esquerda) emprega um conjunto muscular específico sobre o conjunto do aparelho locomotor, e como, pelo jogo das aponevroses que não podem ser estendidas, uma retração dos tendões de Aquiles e soleares, muitas vezes presente nessa tipologia, pode se refletir no equilíbrio da bacia e mesmo da coluna vertebral.

Bem entendido, uma estrutura AM, PM, PAAP, AL ou PL está raramente presente em estado puro em um paciente, mas se associa de modo variável com uma ou várias outras. Por exemplo, no esquema da direita, uma tipologia AM-AL.

Nessa morfologia AM, associada à PL, AM verticaliza o sacro, PL retroverte para trás a asa ilíaca, a coluna lombar se desaba em cifose, com tendência a hérnias disciais, por excesso de pressão intradiscal.

Nesses 3 esquemas, vê-se, à primeira vista, uma situação análoga a uma anterolistese de L5. Mas o

primeiro caso (esquema da esquerda) corresponde a uma morfologia PM com hiperextensão lombossacral e horizontalização do sacro. O esquema do meio corresponde a uma morfologia de tipo PA, com hiperlordose lombar global, o esquema da direita tem uma morfologia do tipo AM com sacro vertical e cifose lombar.

Compreende-se, portanto, por que o tratamento reeducativo seja sensivelmente diferente para esses 3 casos aparentemente idênticos.

Fora aspectos técnicos forçosamente complexos desse método, que aqui não é possível detalhar suficientemente, gostaria de insistir na necessidade de se acompanhar realmente o paciente.

É preciso destacar que a ocorrência de uma deficiência motora é sentida como um golpe particularmente degradante para uma pessoa que sempre comandou seu corpo com sucesso numa atitude voluntária e positiva de cuidado pessoal e eventualmente de outros, mas sem se preocupar de manter ou de sentir o que pode se passar ali, do mesmo modo que um automóvel conduzido sem levar em conta os alarmes que poderiam se acender.

A sensação de que os comandos não são obedecidos conduz a um sentimento de insegurança e de grande ansiedade que contribui para aumentar as rigidezes defensivas do aparelho locomotor. Essas, por sua vez, aumentam as sensações dolorosas e de instabilidade e, portanto, a inadaptação crescente às exigências do cotidiano num fundo depressivo e de autodepreciação.

A recuperação dessa autonomia perdida passa pelo desenvolvimento progressivo do que foi perdido no plano motor, cinestésico, elasticidade da pele e dos tegumentos, bem-estar de um modo geral.

Particularmente, nas pessoas idosas, em que os músculos estão atrofiados, encontrar um certo relaxamento e flexibilidade articular é um elo essencial em direção à autonomia pelo viés de um maior bem-estar que ele acarreta.

Nós insistimos também para que o paciente constate que, certamente, seu corpo, como qualquer ferramenta, é uma máquina maravilhosa, mas que convém ser cuidada por ela mesma. A descoberta, sob a direção do médico ou do fisioterapeuta, de que existem sensações corporais suscetíveis de reforçar a imagem do corpo e de sua utilização contribuem para a reconstrução de uma unidade corporal eficiente.

O paciente deve sentir que se tem confiança nele para essa reconstrução, e essa responsabilidade assumida por ele contribui também para melhorar seu moral. O paciente se torna um ator inteligente, em todos os sentidos do termo, trabalhando para seu bem-estar.

O fisioterapeuta representa um papel essencial nessa reconstrução. Está-se longe da caricatura de dois fisioterapeutas musculosos amparando e sustentando uma senhora idosa com o objetivo de fazê-la andar novamente, mas cujos pés não tocam mais o chão, tão eficaz é a ajuda dada!!!

Além do caráter técnico da fisioterapia (reforços musculares seletivos, posturas de maleabilidade, massagens com valor de descoberta das sensações cutâneas ou mais profundas...reeducação, propriamente falando, por técnicas inteiramente clássicas), o terapeuta encoraja o paciente a aceitar o hoje para ir em direção a um amanhã melhor.

O esforço voluntário e a responsabilidade do tratamento assumida pelo próprio paciente são encorajados, mostrando que isso é possível, através de pequenos esforços diários. Essa autonomia é essencial para o prosseguimento desses esforços, uma vez de volta ao domicílio, para que o paciente não tenha a impressão de que vai ser abandonado e tudo vai recomeçar de mal a pior.

A qualidade da presença do fisioterapeuta, das pessoas que o cercam é essencial para que o paciente, progressivamente, retome confiança em suas possibilidades.

A superproteção familiar deve diminuir pouco a pouco junto aos que o cercam, sem cair, claro, no excesso inverso, à medida que o paciente vai mostrando progressos.

É preciso explicar que os progressos podem continuar, uma vez de volta ao domicílio, realizados, é claro, lentamente, mas de modo incontestável por esses pequenos esforços de manutenção diários.

O mais importante é que, responsabilizando-se pelo tratamento, o paciente encontre, incontestavelmente, sua alegria de viver.

A qualidade do atendimento fisioterapêutico e humano, a vontade do paciente inteligentemente dirigido contribuem, na nossa opinião, para esse resultado funcional.

Cada paciente compreendeu bem sua própria patologia. As lombalgias são apenas uma das expressões das numerosas afecções do aparelho locomotor. Esse tipo de atendimento pode, a nosso ver, se aplicar, em tese, a cada uma delas, com as reservas e especificidades que cada uma dessas patologias pode comportar.

A conscientização e a confiança corporal por um trabalho ativo do paciente sob a orientação de um fisioterapeuta tecnicamente competente, atento e interessado do ponto de vista da relação humana nos parecem elementos determinantes para uma tal reconstrução.

Ao fim desta exposição, necessariamente longa, é preciso destacar que a finalidade deste artigo não é obrigatoriamente convencer mas sim provocar um questionamento no que diz respeito às nossas práticas quotidianas, a nossos preconceitos tão frequentes devido à nossa ignorância das múltiplas causas da dor no lombálgico crônico.

Certamente, esta apresentação, infelizmente, carece de estudos comparativos em relação a técnicas, objetivos e meios claramente definidos. Estamos bem conscientes de que é difícil expor esses elementos de reflexão de modo teórico e, na nossa opinião, a melhor maneira de se dar conta do bom ou mau fundamento dessas práticas é experimentá-las...

Esperamos, portanto, que esta reflexão aqui exposta possa servir de base a estudos, análises, discussões mais aprofundadas para validar esta técnica ou, antes, este raciocínio que, evidentemente, não pode substituir todos os recursos técnicos já à nossa disposição, mas, talvez, possa enriquecer sua utilização.

Resumo

O propósito deste artigo é o de estabelecer um paralelismo do Método GDS e a milenar Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no que concerne à passagem de tensão entre as cadeias musculares GDS na Estratégia da Lemniscata e a Grande Circulação Energética nos 12 meridianos principais. Tanto no Método GDS como na MTC o homem é estudado como um indivíduo completo e é inegável que suas “linguagens” têm muito em comum. Nas duas abordagens a saúde é considerada como um dom precioso e há uma busca constante da harmonia psico, física e energética. A leitura corporal, a noção de “terreno”, os ritmos da natureza, as emoções e os sentimentos são levados em consideração ao serem traçadas as condutas preventivas, terapêuticas e de manutenção para os pacientes.

Palavras-chaves: Método GDS, Estratégia de Tratamento, Lemniscata, Medicina Tradicional Chinesa, Circulação Energética.

A estratégia da Lemniscata e sua correlação com a Medicina Tradicional Chinesa

Maria Antônia
Carneiro da
Cunha Mignet

INTRODUÇÃO

O método GDS estabelece uma ligação entre a expressão corporal e os aspectos comportamentais associando a eles os aspectos orgânicos e energéticos. É importante perceber que existem contrários bem definidos e que estes devem funcionar em alternância sempre na busca de “justeza” e de equilíbrio. O estudo dos princípios da MTC enriquecem a abordagem terapêutica do cadeísta.

NOÇÕES BÁSICAS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC)

Generalidades

Na MTC o homem é estudado como um ser global, dentro de um contexto amplo, pois leva-se em consideração os ritmos da natureza, a alternância do dia e da noite, as estações do ano, o clima, os sabores dos alimentos, as emoções, os sentimentos, etc.

O macrocosmo, universo, se reflete no microcosmo, terra, homem, tecidos, células, átomos. O homem recebe energia do céu e da terra, ou seja, interage de forma direta com o macro e com o microcosmo.



O Taijitu-Tsu, representação das energias Yin e Yang.

Fisioterapeuta, Membro da Associação de professores do Método GDS, Pós-graduanda em Acupuntura Sistêmica

Quando as manifestações energéticas são harmônicas ele será um ser saudável, porém os excessos e as manifestações energéticas perversas irão gerar desarmonia nos ciclos e sistemas, e consequente aparecimento de doenças.

Na concepção chinesa toda situação, todo ser, toda função, é definida por duas polaridades: o alto e o baixo, o quente e o frio, o masculino e o feminino, o sentimento e a razão, o sol e a lua, o céu e a terra, o claro e o escuro, a inspiração e a expiração... Nasce assim o conceito de alternância entre o Yin e o Yang, são opostos, porém complementares.

Yin, Yang e os 5 Elementos

Além do YIN e YANG os chineses antigos perceberam, através da observação dos fenômenos naturais, que o mundo se organizava em torno de cinco elementos ligados ao tempo e ao espaço: MADEIRA, FOGO, TERRA, METAL e ÁGUA.

Segundo Macciocia (1996), "Os cinco elementos também simbolizam cinco direções diferentes de movimentos dos fenômenos naturais. A Madeira representa o movimento expansivo e exterior em todas as direções, o Metal representa o movimento contraído e interior, a Água representa o movimento descendente, o Fogo indica movimento ascendente e a Terra representa neutralidade ou estabilidade".

A Teoria dos Cinco Elementos, no pensamento chinês, é de vital importância para compreender-se a constituição dinâmica de absolutamente tudo que existe.

A cada um desses cinco elementos estão associados um ponto cardeal ou direção, uma estação, um sabor, uma cor, um órgão, uma víscera, um meridiano, uma emoção, entre outros.

Ao longo dos séculos a teoria dos 5 elementos guiaram, e guiam até hoje, o pensamento chinês nas artes, na política, na medicina, enfim, na vida.

Este sistema é formidavelmente coerente, estável, e ao mesmo tempo evolutivo, permitindo que outras culturas possam utilizá-lo para enriquecer suas teorias.

Um fato curioso é que o termo chinês "wu xing" não significa "cinco elementos" mas "cinco fases", "cinco movimentos", "cinco momentos evolutivos".

Os 5 elementos não existem isoladamente. Eles estão intimamente ligados em dois ciclos principais chamados de: Ciclo de Criação Mútua e Ciclo de Controle Mútuo. Esses dois ciclos devem coexistir harmonicamente dentro do organismo, caso contrário surgirão desequilíbrios e possíveis patologias.

五行

Wu xing - "O ideograma que representa este termo figura um passo, com o pé esquerdo que avança e o pé direito que o alcança, introduzindo a idéia de avançar, de se movimentar." (REQUENA, 2000)

陰

Yin

陽

Yang

木

Madeira

金

Metal

火

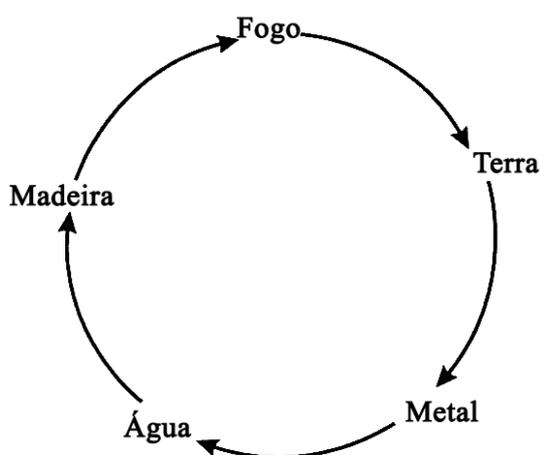
Fogo

水

Água

土

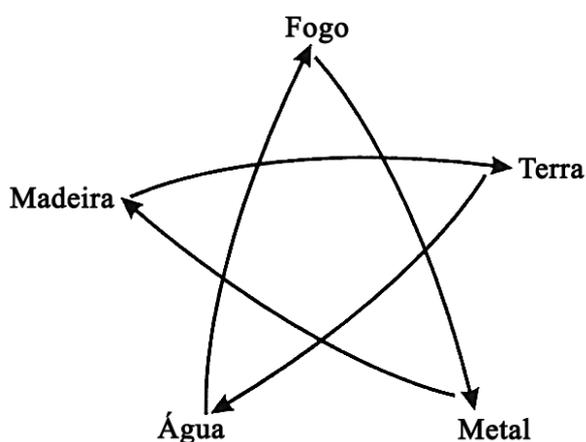
Terra



CICLO DE CRIAÇÃO MÚTUA (CICLO DE GERAÇÃO OU CICLO SHENG)

Cada elemento dá origem ao elemento seguinte, gerando uma relação MÃE-FILHO:

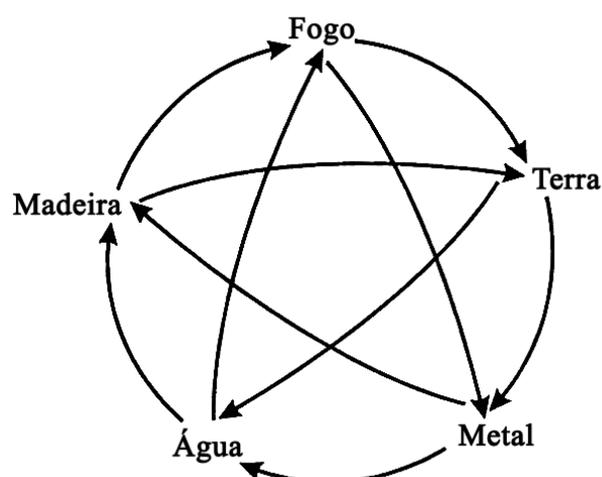
- A madeira é o alimento para o fogo.
- As cinzas deixadas pelo fogo nutrem a terra.
- A terra, rica, produz o metal.
- Nas profundezas da terra o metal é fundido e libera vapor, que por condensação gera a água.
- A água por sua vez nutre a madeira, e sucessivamente o ciclo se repete.



CICLO DE CONTROLE MÚTUO (CICLO DE RESTRIÇÃO, DOMINAÇÃO OU CICLO KO)

Neste ciclo cada elemento controla, inibe o elemento que sucede a seu filho:

- A água extingue o fogo.
- O fogo derrete o metal.
- O metal corta a madeira.
- A madeira consome a terra.
- A terra limita o caminho da água.



A energia - O Qi

O Qi é um conceito chinês que pode ser traduzido como “energia”. “O Qi engloba tanto a concepção de energia como a de matéria, uma vez que a matéria é parte integrante da manifestação dos fenômenos e não pode ser separada da parte energética”, e ainda, “na medicina tradicional chinesa o Qi, o Sangue (Xue), os Líquidos Orgânicos (Jin Ye), A Essência (Jing) e o Espírito são considerados como substâncias ou propriedades fundamentais do organismo para a manutenção das atividades vitais.” (MARCOS FREIRE, 1996)



Ideograma do Qi

É o Qi que impulsiona a circulação das substâncias fundamentais pelo organismo sendo o movimento sua principal característica.

Ciclo Sheng (ciclo de geração) e Ciclo Ko (ciclo de dominação).

Os meridianos ou canais de energia de acupuntura

É um sistema de canais que se comunicam e formam uma rede por onde circula a Energia Vital, o Qi no organismo. A função básica de todo este sistema energético é a de transportar Qi para todas as partes do corpo, fazer a conexão entre os órgãos e as vísceras e equilibrar o Yin e o Yang.

Os meridianos são representados por linhas de energia que sobem e descem percorrendo o corpo humano da cabeça aos pés. Nessas linhas temos os chamados pontos de acupuntura, onde o acupunturista trabalha para harmonizar o sistema energético e aliviar a pessoa de determinada patologia.

Os meridianos podem ser classificados em dois grandes grupos:

- meridianos principais
- meridianos secundários (Lo, Distintos, Tendino-Musculares, Extraordinários)

Os 12 meridianos principais

Segundo Guillaume et al (2005), “são 12 canais energéticos dispostos simetricamente ao eixo sagital do corpo, eles percorrem a cabeça, o tronco, o abdome e os membros, tanto na região anterior quanto na região posterior formando um sistema de circulação fechada”.

Apresentam um percurso superficial onde se encontram os pontos de acupuntura e um percurso profundo que os conecta aos órgãos e vísceras.

Cada meridiano possui trajeto próprio, horário energético determinado e corresponde a um órgão, ou a uma víscera, ou a uma função, de onde se origina seu nome.

– **Os meridianos que correspondem aos órgãos são de natureza Yin:** Condutores de energia com predominância da força Yin. Circulam pela parte anterior e interna do corpo e correspondem aos órgãos Zang, encarregados da depuração, redistribuição e armazenamento da Qi e das substâncias fundamentais (fluidos vitais).

MERIDIANOS YIN: Pulmão, Baço-Pâncreas, Coração, Fígado, Rim, Circulação-Sexo ou Pericárdio.

– **Os meridianos que correspondem às vísceras são de natureza Yang:** Condutores de energia com predominância da força Yang. Circulam pela parte posterior e externa do corpo e correspondem aos órgãos Fu, encarregados da produção de energia, recepção, digestão de

alimentos, condução e excreção de resíduos.
MERIDIANOS YANG: Intestino Grosso, Estômago, Intestino Delgado, Vesícula Biliar, Bexiga e Triplo Aquecedor.

A Grande Circulação - Circulação de Energia

A circulação do Qi nos canais de energia percorre os meridianos principais num sentido determinado – do tronco para as mãos; das mãos para a cabeça; da cabeça para os pés; dos pés para o tronco; segundo uma ordem específica.

Segundo Yamamura (1995), “A Energia de nutrição Yong Qi percorre cada canal de energia principal num período de duas horas, nutrindo tanto o canal de energia como o seu órgão ou víscera correspondente, este circuito energético tem início às 3h da manhã e chama-se Grande Circulação de Energia”.

Ordem do fluxo energético

Seguindo o fluxo de Energia “Qi”, nos meridianos, temos períodos de maior concentração energética, como se segue:

- Pulmão: 3:00 – 5:00 horas.
- Intestino Grosso: 5:00 – 7:00 horas.
- Estômago: 7:00 – 9:00 horas.
- Baço: 9:00 – 11:00 horas.
- Coração: 11:00 – 13:00 horas.
- Intestino Delgado: 13:00 – 15:00 horas.
- Bexiga: 15:00 – 17:00 horas.
- Rim: 17:00 – 19:00 horas.
- Pericárdio: 19:00 – 21:00 horas.
- Triplo Aquecedor: 21:00 – 23:00 horas.
- Vesícula Biliar: 23:00 – 1:00 horas.
- Fígado: 1:00 – 3:00 horas

Se enumerarmos os elementos, a ordem é a seguinte:
METAL > TERRA > FOGO IMPERIAL > ÁGUA
> FOGO MINISTERIAL > MADEIRA

É no momento do nascimento que a energia, que durante a vida embrionária, seguiu as linhas de força do desenvolvimento dos órgãos, sistemas e aparelhos sensoriais, traçando assim seus 12 vetores e que sugou seus elementos da energia materna, pega desde o primeiro grito, da primeira respiração toda sua autonomia no meridiano do pulmão. Logo o fluxo energético passa sucessivamente por cada um dos meridianos ligado ao seguinte por uma anastomose. (MADELEINE GUILLAUME et al, 2005)

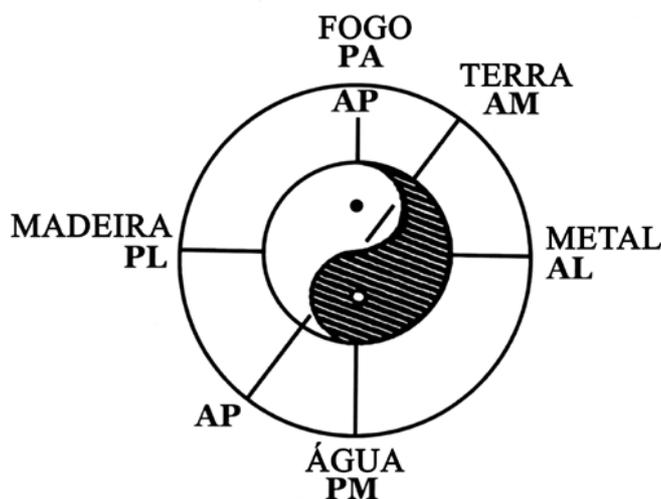
PARALELO DO MÉTODO GDS COM A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

O Método GDS se nutre nas fontes dos conhecimentos da MTC para nos enriquecer e aumentar nossos horizontes.

As correspondências das cadeias musculares e articulares do Método GDS foram citadas por André Struyf (1986): “a relação com os 5 elementos chineses, a cadeia PAAP corresponde ao Fogo, a cadeia PM corresponde à Água, a cadeia AM corresponde ao elemento Terra, a cadeia PL corresponde ao elemento Madeira e a cadeia AL corresponde ao elemento Metal”.

Por analogia, cada cadeia está ligada ao funcionamento do órgão e da víscera de cada elemento:

- Fígado e Vesícula Biliar – Madeira – PL
- Coração e Intestino Delgado – Fogo Imperial – PA



Os elementos chineses e as letras do “alfabeto do corpo” (abreviações das denominações das cadeias musculares GDS). Segundo Godelieve Denys-Struyf (2010), “esta figura simboliza o círculo no qual os chineses representam os elementos da natureza que eles colocam em ressonância com as estações e os elementos que constituem o corpo humano (seus órgãos, vísceras e os diferentes tecidos que ele é formado)”.

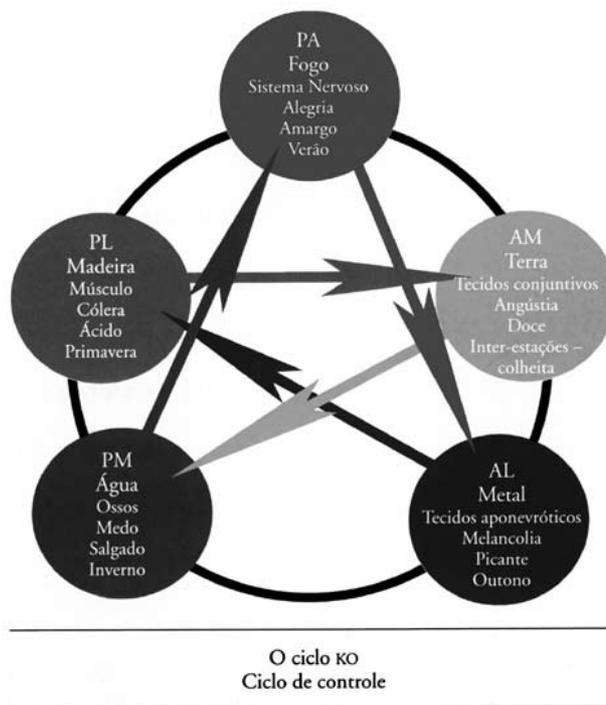
- Triplo Aquecedor e Pericárdio – Fogo Ministerial – AP
- Baço - Pâncreas e Estômago – Terra – AM
- Pulmão e Intestino Grosso – Metal – AL
- Bexiga e Rim – Água – PM

Assim, resumidamente, encontramos no desenho de Philippe Campignon as correlações das cadeias com os elementos, os tecidos corporais, as emoções, os sabores e as estações do ano.

A ESTRATÉGIA DA LEMNISCATA

A lemniscata é uma figura geométrica em forma de hélice que é o sinal matemático do ‘infinito’. Simbolicamente a lemniscata representa o equilíbrio dinâmico e rítmico entre dois polos opostos. [...] Ainda podemos observar a lemniscata nos meridianos do fluir da Energia Vital descritos pela medicina tradicional chinesa. (Wikipédia, a enciclopédia livre)

A estratégia que recebeu o nome e a imagem da lemniscata, como todas as abordagens do método GDS, comporta um aspecto que se endereça ao funcionamento músculo-esquelético do corpo saudável e do corpo em dificuldade, como também um aspecto comportamental.



Desenho de Philippe Campignon.

Em seu aspecto biomecânico, a estratégia da lemniscata cuida das cadeias articulares e musculares; mantém a flexibilidade e a coordenação de nossas articulações.

Ela comporta regras e atividades para uma utilização corporal justa, favorecendo a funcionalidade e a saúde do sistema músculo-esquelético. (Denys-Struyf G., 2010)

Na Estratégia da Lemniscata utilizamos exercícios físicos respeitando uma sequência determinada na qual a passagem de tensão entre as cadeias deve ser respeitada. Ou seja, a circulação da tensão segue sempre o mesmo caminho e a mesma ordem entre as cadeias: PL, AL, AM, PA, PM, AP, PL...

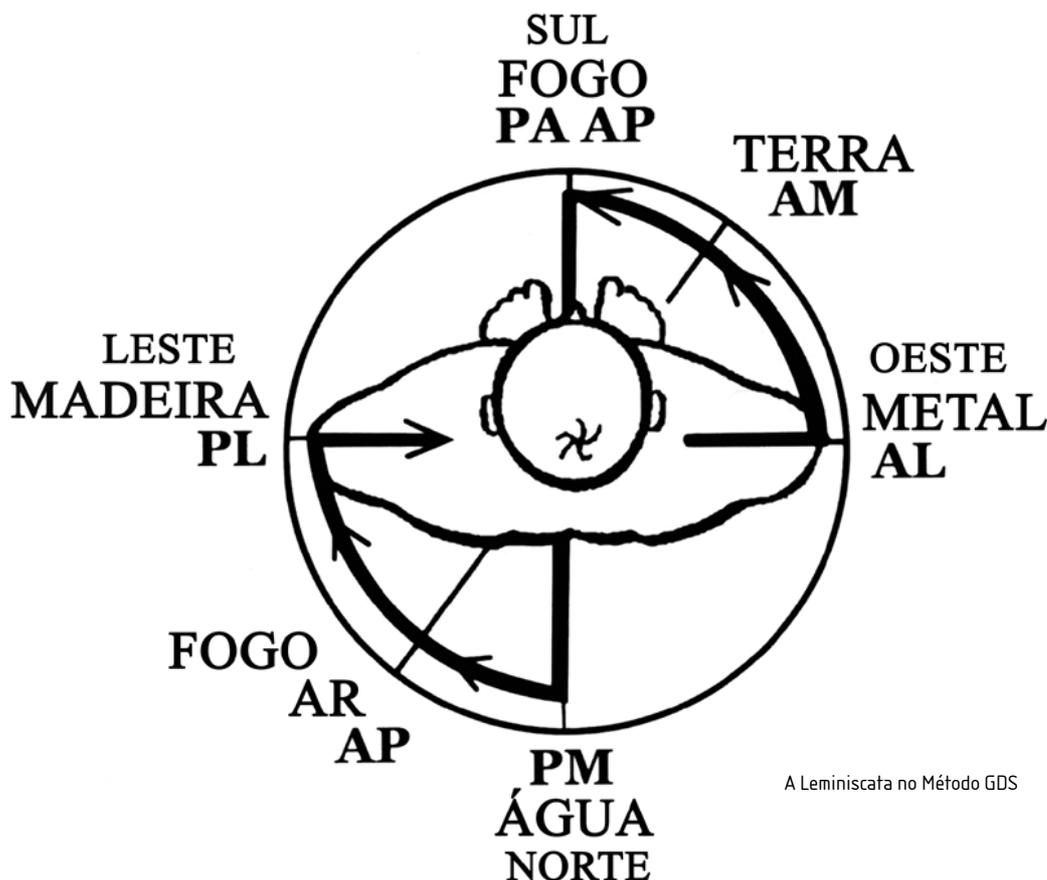
Como recurso terapêutico, a estratégia da Lemniscata nos abre um grande leque de possibilidades através dos exercícios de alongamento e da ginástica em circuito. Cabe ao terapeuta nortear este processo levando em conta que a abordagem GDS abrange tanto os aspectos biomecânicos como os aspectos comportamentais. O cadeísta irá conduzir e orientar seu cliente em uma “viagem helicoidal” através do seu corpo. Neste percurso haverá etapas de conscientização óssea, de construção, de utilização e funcionamento corporal.

Devemos ser prudentes e jamais cair no erro de “alongar por alongar”.

As “cadeias” que encadeiam, são muito estiradas! Por exemplo, a cadeia posterior, o terreno PM. Para nós é evidente que o estiramento puro e simples da cadeia posterior sem suporte ósseo subjacente, não será inócuo.. Em alguns casos, as cadeias posteriores defendem e protegem a pessoa de um excesso de suas cadeias anteriores; isto poderá provocar fechamentos, estados depressivos e de prostração, Neste caso forçar a liberação das tensões posteriores PM, sem colocar suporte ósseo no lugar do vazio, é correr o risco de fracassar. (Denys-Struyf G., 2010)

Ao trabalharmos com esta estratégia estamos fazendo fluir os possíveis entraves físicos e energéticos, harmonizando todo o organismo e procurando o gesto justo.

Nossa intervenção manual, modelante, reflexa, mecanicista e energética pode vir a ser o complemento de uma homeopatia ou de uma acupuntura, não apenas do ponto de vista dos sintomas, mas no que diz respeito ao equilíbrio das energias fundamentais, equilíbrio do terreno. (Denys-Struyf G., 1986)



A Lemniscata no Método GDS

Segundo Requena (2004), médico acupunturista francês, “podemos através de exercícios apropriados corrigir os desequilíbrios energéticos e verdadeiramente atuar terapêuticamente através do gesto”.

Nós, cadeístas, como na filosofia e na MTC, nos valem das cadeias musculares para promover a harmonia do indivíduo com o meio ao qual ele está inserido e com seus ritmos interiores, contribuindo para restabelecer e preservar sua saúde.

CONCLUSÃO

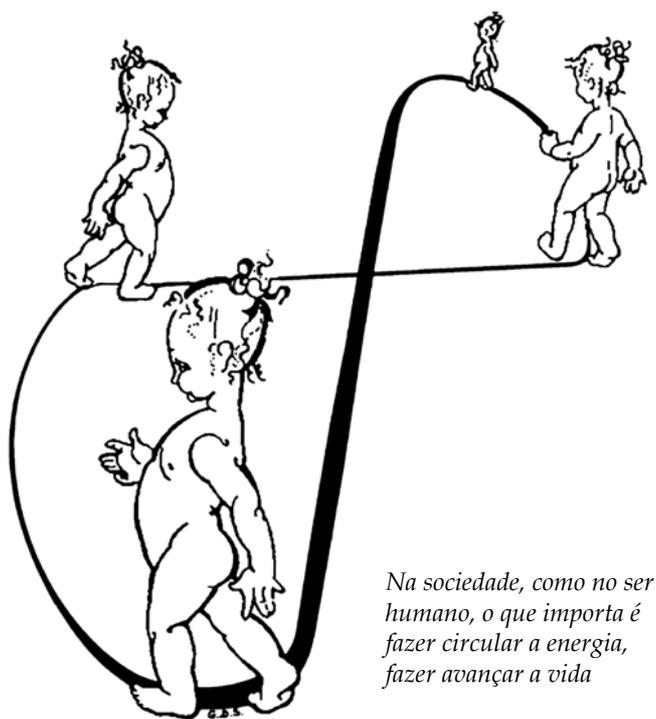
O circuito da lemniscata em GDS segue o mesmo ciclo da Grande Circulação de Energia da MTC, também chamada de Maré Energética.

A ordem dos elementos da Grande Circulação de Energia nos 12 meridianos principais é a mesma ordem da passagem de tensão das cadeias musculares GDS.

Sabemos que a Maré Energética inicia com o elemento Metal, no Pulmão e segue em sequência invariável gerando um ciclo que irá se repetir e recomeçar em 24 horas.

METAL > TERRA > FOGO IMPERIAL > ÁGUA > FOGO MINISTERIAL > MADEIRA

Nas cadeias musculares GDS, por razões biomecânicas, propõe-se o início do tratamento pelo elemento Madeira, logo pela cadeia PL, porém a sequência é invariavelmente a mesma da passagem de tensão dos 12 meridianos principais da MTC.



Na sociedade, como no ser humano, o que importa é fazer circular a energia, fazer avançar a vida

Sabemos que na prática a cadeia PL, elemento madeira, permite uma abordagem mais direta aos exercícios e aos alongamentos que a cadeia AL, elemento metal, devido às suas características intrínsecas: a cadeia PL, com a expansão, a abertura e a extroversão e a cadeia AL, com o recolhimento, reserva e a introversão.

MADEIRA > METAL > TERRA > FOGO IMPERIAL > ÁGUA > FOGO MINISTERIAL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPIGNION, Philippe. Aspectos Biomecânicos – Cadeias Musculares e Articulares – Método GDS – Noções Básicas. Summus Editorial, São Paulo, 2003.

DENYS-STRUYF, Godelieve. Cadeias Musculares e Articulares – O Método GDS. Summus Editorial, São Paulo, 1995.

DENYS-STRUYF, Godelieve. Introduction. Cahiers des Chaînes G.D.S. Cahier n°2, Bruxelas, ICTGDS, 1986.

DENYS-STRUYF, Godelieve. Stratégie de la Lemniscate – Tome I – Les âges de mon corps et les âges que je vis. LES CAHIERS de la Méthode GDS, ICTGDS, 2010.

DENYS-STRUYF, Godelieve. Stratégie de la Roue – Première Partie – LES CAHIERS de la Méthode GDS, ICTGDS, 2009.

FREIRE JR, Marcos. Automassagem e Medicina Chinesa. Brasília, Vila Velasco Comunicação, 1996.

IBRAM, Instituto Brasileiro de Acupuntura de Ribeirão Preto. Apostilas do Curso de Pós-Graduação em Acupuntura Sistemática. Ribeirão Preto, 2003.

J. GUILLAUME, Madeleine, TYMOWSKI, Jean-Claude de, FIÉVET-IZARD, Madeleine. L’Acupuncture. Presses Universitaires de France, Paris, 2005.

LAADING, Isabelle. Les Cinq Saisons de l’Energie. Canada, Éditions ARA, 2009.

MACIOCIA, Giovanni. Os Fundamentos da Medicina Chinesa. Roca, São Paulo, 1996.

REQUENA, Yves. Qi Gong – Gymnastique chinoise de Santé et de Longevité. Guy Trédaniel Editeur, 2002.

STRUYF, André. Contribution a l’Étude des Chaînes Musculaires comme Bases Typologiques et comme Niveaux Énergetiques, Cahiers des Chaînes G.D.S. Cahier n°2, Bruxelas, ICTGDS, 1986.

YAMAMURA, Ysao. Acupuntura Tradicional, A Arte de Inserir. Roca, 1995.

Resumo

A assistência ao trabalho de parto envolve constante atualização sobre as intervenções obstétricas benéficas e necessárias para o nascimento seguro. A despeito das altas taxas de cesárea em nosso meio, há uma tendência mundial na valorização do parto vaginal e nesse contexto se insere a proposta de intervenção fisioterapêutica no trabalho de parto. O corpo sensório-motor é altamente exigido no processo do trabalho parto; a abordagem GDS tem a amplitude conceitual e metodológica para pensar, analisar e intervir na dinâmica corporal funcional para cada fase do trabalho de parto. O presente estudo refere-se aos dados obtidos a partir de um ensaio clínico controlado prospectivo, realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário da USP, em São Paulo, Serviço do Prof. Dr. Marcelo Zugaib, e é parte da dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da USP em 2007, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Bittar. Foram estudadas 132 parturientes: 70 no grupo de estudo e 62 no grupo controle, demonstrando que a intervenção através do método GDS, favoreceu o parto vaginal, facilitou a evolução da dilatação cervical encurtando a duração do trabalho de parto e diminuiu a sensação de dor das contrações. Os bons resultados conseguidos demonstraram que a abordagem GDS se constitui como metodologia eficaz, que pode ser usada mesmo se a parturiente não se preparou na gravidez e instrumento que se insere nas práticas baseadas em evidências para a assistência multidisciplinar ao trabalho de parto.

Palavras-chave: trabalho de parto, parto normal, modalidades de fisioterapia, comportamento materno, método GDS de cadeias musculares

Abordagem GDS na Assistência ao Trabalho de Parto

Eliane Bio

A assistência ao trabalho de parto e ao parto determina a qualidade da experiência com o nascimento, tem repercussão na vida reprodutiva e sexual da mulher, no amadurecimento pessoal e na construção da maternidade.

O corpo ocupa o centro desse processo e neste sentido, a abordagem GDS tem a amplitude conceitual e metodológica para pensar e analisar o corpo em movimento, o corpo enquanto história pessoal e campo da experiência pessoal.

O método GDS por valorizar as diferenças pessoais inscritas no corpo sensório-motor favorece que o raciocínio clínico seja ampliado para a apreensão da pessoa e não só para o binômio disfunção-tratamento. Assim, a abordagem GDS favorece intervenções voltadas para a promoção de saúde, isto é, para a autonomia da pessoa no cuidado de si e para a potência de cada um para estabelecer seu modo de viver.

Esses são princípios fundamentais quando se discute qualquer intervenção no corpo da mulher em trabalho de parto, pois gravidez e parto são expressões de saúde e da potência do feminino. Neste sentido, a assistência profissional deve ter qualidade de acompanhamento individualizado e com ações que antecipem riscos e sofrimento.

A assistência ao trabalho de parto está sempre vinculada às representações sociais ligadas ao parto em cada cultura. Adapta-se às múltiplas condições socioeconômicas e transforma-se com as mudanças históricas.

Atualmente, a assistência ao parto é objeto de inúmeras condutas e motivo de controvérsias: discute-se o que deve ser deixado à ordem do natural e o que significam intervenções obstétricas necessárias; que práticas do passado devem ser mantidas, baseadas

Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da USP-SP

em evidências e que outras devem ser abandonadas; que tecnologias são apropriadas e respeitam a fisiologia feminina; que procedimentos estão baseados em efetividade e segurança; se o saber científico responde por todos os saberes e deve se sobrepor às crenças e à cultura de cada mulher e o significado particular e pessoal da vivência do parto (Diniz, 2005; Bezerra, 2006).

Entre os partos assistidos por parteiras desde a antiguidade e os partos hospitalares da Obstetrícia atual, é possível observar um amplo panorama de mudanças vindas da ampliação do papel social da mulher e da liberação de aspectos reprimidos da sexualidade feminina, em paralelo com a ampliação dos conhecimentos sobre a fisiologia do parto. Entretanto, na medida em que o parto tornou-se um procedimento médico, foi-se fazendo crer que o saber da mulher sobre sua fisiologia é menor que o saber científico, gerando um comportamento cada vez mais passivo da mulher. A assistência em grandes maternidades, profissionalizando o acompanhamento, desautoriza a mulher em relação às suas escolhas e os procedimentos são, na maioria das vezes, organizados em função das necessidades das instituições, ao invés de centrados nas necessidades das parturientes (Nagahama, 2005).

O processo de trabalho de parto sempre necessitou de cuidados e de ajuda especial e na perspectiva da fisiologia, o processo é natural para o organismo feminino; quando transcorre sem dificuldades, há necessidade de pouca intervenção, o que não significa que a parturiente não precise de acompanhamento.

A proposta de atuação fisioterapêutica durante o trabalho de parto situa-se no contexto da participação ativa e consciente da mulher, no respeito pelo corpo em seus aspectos objetivos e subjetivos, na independência motora que torna o corpo um instrumento ativo para facilitar o processo do trabalho de parto e do parto vaginal.

É sabido que até o século XVIII, era comum entre as mulheres de praticamente todas as culturas, manter-se livremente em movimento durante o trabalho de parto, preferir posições verticais, não resistir à sensação das contrações, fazer uma respiração dirigida e ter maior aceitação da fisiologia do próprio corpo para o parto vaginal (Atwood, 1976). A Organização Mundial da Saúde preconiza, desde 1996, a movimentação, a mudança e a livre escolha de posições da parturiente (WHO, 1995). O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, no guideline 49, recomenda que a parturiente seja aconselhada a caminhar durante o trabalho de parto (ACOG, 2003). A Agência Nacional de Avaliação da Saúde da França propõe manter a parturiente em movimento,

como prática comprovadamente benéfica (Maria, 2003). No Brasil, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) do Ministério da Saúde, desde 2000 com o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, incentiva a participação ativa da parturiente em todo o processo (Serruya, 2004; Diniz, 2009).

Em todo o mundo têm ocorrido esforços, há pelo menos 30 anos, para reintroduzir a liberdade corporal para mulher durante o trabalho de parto, principalmente, quando o objetivo é facilitar o parto vaginal (Racinet, 2005).

Os argumentos anatomofisiológicos são convincentes, as discussões de gênero defendem a autonomia da parturiente, as pesquisas científicas demonstram a superioridade das posições verticais e da mobilidade para a evolução do trabalho de parto, porém, a mudança nas condutas do acompanhamento do trabalho de parto ainda não ocorreu no nosso meio.

A ação do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho do parto não é uma prática estabelecida entre nós, tampouco incluída no sistema de saúde; as experiências são isoladas, com pacientes de clínica privada ou em maternidade-escola, ao contrário de países desenvolvidos onde o fisioterapeuta integra a equipe obstétrica. Em decorrência, há uma carência de publicações brasileiras e faltam estudos em fisioterapia que demonstrem a mobilidade funcional para as exigências do trabalho de parto, contribuindo para a melhora da assistência ao trabalho de parto da mulher moderna.

O estudo apresentado a seguir demonstrou que a presença do fisioterapeuta, orientando a coordenação do movimento favorece o parto vaginal, que a mobilidade pélvica dirigida dentro do uso funcional das cadeias musculares facilita a dilatação, diminui a dor das contrações e encurta a duração do trabalho de parto.

Material e Métodos

A população estudada foi de primigestas, admitidas no pré-parto da Divisão da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário da USP- São Paulo.

O estudo realizado foi um ensaio clínico controlado, prospectivo, com análise comparativa entre um grupo de estudo e um grupo controle.

No grupo de estudo, as parturientes foram selecionadas após avaliação obstétrica e admissão no centro obstétrico, segundo os seguintes critérios: primigestas em trabalho de parto, com pelo menos duas contrações a cada dez minutos, com dilatação de até 4cm, com feto único em apresentação cefálica, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, com ausência de patologias clíni-

cas associadas a gravidez, sem intercorrências obstétricas e concordarem em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

O grupo controle foi selecionado a partir dos registros de admissão de mulheres que tiveram parto vaginal, no mesmo hospital. Em seguida foram preenchidos os mesmos critérios de inclusão do grupo de estudo.

A estimativa do tamanho da amostra (n) foi de 50 parturientes para cada grupo, visando comparar a média de duração do trabalho de parto entre os dois grupos, para demonstrar diferenças entre os grupos em relação à intervenção fisioterapêutica.

O acompanhamento fisioterapêutico foi iniciado após os procedimentos de admissão obstétrica. As parturientes foram acompanhadas durante todo o trabalho de parto até a dilatação total e orientação do período expulsivo em sala de parto.

A primeira abordagem terapêutica foi por meio da coleta dos dados pessoais da parturiente, pois apesar dos mesmos constarem em prontuário, foram confirmados intencionalmente, junto à mesma, informalmente, incentivando-a a falar livremente sobre si, sobre a gravidez, a família, o companheiro, a ocupação profissional, a percepção do corpo grávido, as expectativas em relação ao parto, as sensações corporais, maiores medos, cultura familiar em relação ao parto vaginal, histórico materno; essa conversa visava uma aproximação entre fisioterapeuta-paciente para estabelecer o início do vínculo terapêutico, essencial para a confiança nas orientações que seriam solicitadas, considerando que a relação se iniciou no momento do trabalho de parto; a conversa também foi valorizada para identificar-se o nível cognitivo e de linguagem da parturiente, as representações sociais em torno do parto, os significados das sensações e o lugar do corpo no imaginário da parturiente, norteando como a comunicação poderia se dar no universo lingüístico e no nível de compreensão da mesma, considerando que a voz de comando precisa é essencial para organizar o movimento e dirigir a ação da musculatura estriada.

Na sequência, a parturiente era orientada a sair da posição horizontal no leito para a verticalidade: andar livremente, sentar na cama, cadeira ou bola, ficar em pé e se mexer, isto é, manter-se em posições verticais de duas formas distintas: durante a contração utilizar-se de posturas verticais específicas, de acordo com a fase da dilatação cervical, da insinuação, descida e rotação do bebê no canal de parto; nos intervalos das contrações era

orientada a manter-se móvel de acordo com as exigências de cada período funcional do trabalho de parto.

Nos intervalos das contrações era o momento possível de se realizar uma leitura corporal para individualizar as orientações; a observação e avaliação foram sistematizadas da seguinte forma: 1º) examinar no toque e palpação a posição do sacro; 2º) avaliar a mobilidade solicitando a ântero e retroversão da pelve, a nutação e contranutação do sacro, a mobilidade lateral da pelve; 3º) identificar na movimentação geral e na marcha as cadeias em excesso, rigidez e marcas; 4º) observar o tipo de respiração; 5º) identificar a expressão da marcha e do corpo grávido (leve, pesado, rígido, móvel, alegre, deprimido, tenso, com medo, extrovertido, introvertido), delineando o perfil psicomotor da parturiente; 6º) corrigir vícios pélvicos, marcas patológicas e cadeias em excesso, sempre que possível.

Durante as contrações, a parturiente era orientada em posturas verticais de acordo com a altura da apresentação do bebê: 1. insinuação do pólo cefálico e passagem pelo diâmetro do estreito superior da bacia: parturiente em postura AM na vertical (inibindo a lordose lombar e a ação dos adutores), com estímulo manual no sacro e comando para a contra-nutação (para ampliar o diâmetro pélvico antero-posterior) com o cuidado de não gerar contração no períneo; inibir a ação de PM, para o sacro não ser arrastado para cima, o que estreita o diâmetro superior; inibir a ação AL que ao levar a coxo-femural em rotação interna, gera tensão no períneo. Nessa fase, nos intervalos das contrações, era solicitada a mobilização geral AL-PL-AP, a favor do peso gravitacional (AP), corrigindo excessos PA e PM, mantendo o equilíbrio AM-PM (principalmente a posição do sacro), evitando a contração do períneo. 2. descida e rotação fetal no estreito médio da bacia: o fundamental é inibir a ação AL no quadril, pois nessa fase a cabeça do bebê passando pela escavação pélvica, vai tentar ultrapassar seu ponto mais estreito entre as espinhas baciais e as coxo-femorais têm influência direta nesse diâmetro; inibir o excesso PL no quadril para não imobilizar as sacroilíacas; liberar AL/PL favorece que o peso fetal vá se dirigindo para o períneo, aonde é mais difícil a parturiente suportar sem criar defesas musculares de contração muscular, indo contra o processo da dilatação; AM mantida coordenada em posturas verticais, inibindo a contração da musculatura profunda do períneo que começa a ser mais solicitada na elasticidade. Nessa fase, nos intervalos das contrações a parturiente pode querer andar menos, mas deve se manter em movimento com mobilidade pélvica,

sem excesso PM e sem ação dos rotadores e principalmente, liberando a respiração diafragmática e o diafragma pélvico, para manter o relaxamento do períneo. 3. descida e rotação fetal em direção ao estreito inferior da bacia: aumentar esse diâmetro com a nutação do sacro, liberando a flexão do cóccix, diminuindo a contração inconsciente de AM (músculos superficiais do períneo, adutores, retos abdominais, hióideos e boca) no períneo; e de AL-PL no quadril e no maxilar, com estímulo para a expiração em posturas verticais, sempre que possível em posição de cócoras; inibir a ação reativa das cadeias PM e PA, frente a pressão progressiva da cabeça do bebê no períneo, ou de combinações das dominâncias individuais que aparecem no enfrentamento da sensação de dor e de pressão na pequena bacia. Se a parturiente não suportar a pressão no períneo em posições verticais em pé ou em cócoras, orientamos posições sentadas, man-

tendo os mesmos cuidados e orientações. Nos intervalos das contrações, que nessa fase são mais curtos, manter o relaxamento via respiração, liberando acessórios da respiração e coordenando a ação dos 3 diafragmas, para conquistar a elasticidade do períneo necessária para o período expulsivo, criando uma atitude AP de entrega para deixar o bebê passar.

Toda a movimentação e as posturas sempre foram adaptadas às habilidades motoras individuais, às marcas encontradas em cada cadeia construídas na história de cada mulher, à percepção corporal e à resposta na sensibilidade de cada parturiente. Durante o trabalho de parto a parturiente teve a liberdade de escolher as posições que respondessem a coordenação desejada, mas que também fossem confortáveis e prazerosas; a mobilidade foi trabalhada sem impor nenhum grau de dificuldade articular e muscular.

Figura 1: Posturas verticais em AM

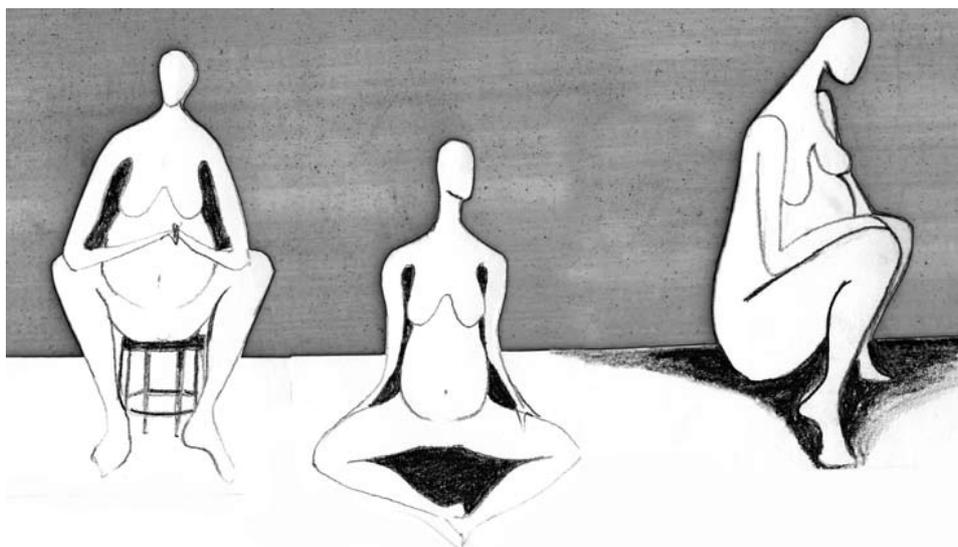
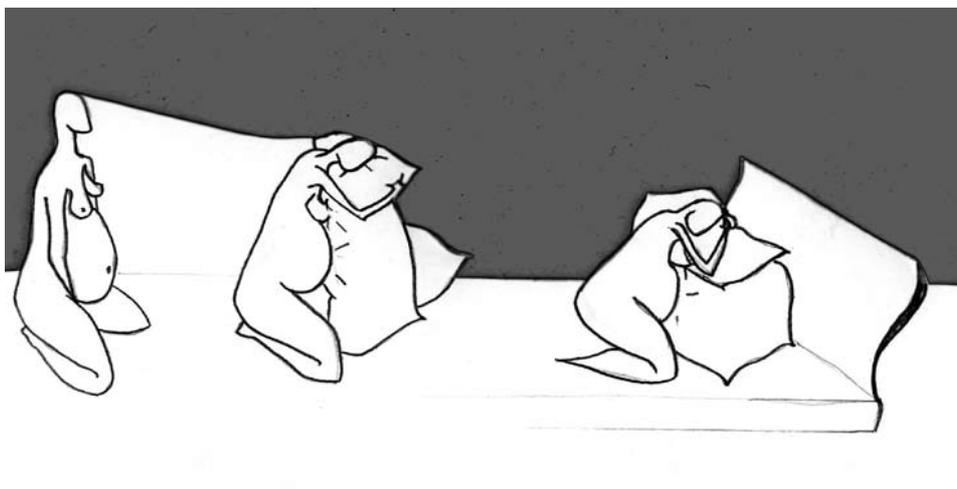


Figura 2: Posturas em coordenação PM-AM e inibição de AL

O trabalho com o corpo foi organizado para afastar a parturiente da ação cortical e entregar-se à tarefa psicomotora do parto, basicamente em AM e AP, descobrindo o prazer que pode ser vivido no corpo em trabalho de parto (Figura 1, 2, 3).

As parturientes do grupo controle não receberam nenhuma orientação sobre posição ou movimento, não foram impedidas de se movimentarem espontaneamente se desejassem, mas seguiram a orientação habitual do atendimento obstétrico de permanecerem no leito em posição horizontal (supina ou lateral).

Foram analisadas nos resultados as seguintes categorias: caracterização da amostra, tipo de parto, duração do trabalho de parto, uso de analgésicos, uso de anestesia, peso e índices de Apgar dos recém-nascidos.

Resultados

A amostra de pacientes foi de 108 primigestas: 58 no grupo de estudo e 50 no grupo controle, caracterizadas quanto à idade gestacional, faixa etária, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconômico.

Quanto a idade gestacional a mediana foi de 39 semanas nos dois grupos.

Em relação a faixa etária, no grupo de estudo a média de idade foi de 22 anos (entre 15 e 35 anos); no grupo controle o perfil foi semelhante: 21 anos (mínima de 15 e máxima de 35 anos). Eram na maioria brancas (65%), nos dois grupos.

Quanto ao nível de escolaridade, não houve analfabetas em nenhum grupo; 56% nos dois grupos tinham o ensino fundamental completo e uma pequena porcenta-

gem tinha nível superior, 6% no grupo de estudo e 2% no grupo controle.

O nível socioeconômico da população atendida no Hospital Universitário da USP é médio e baixo.

Foram acompanhadas no grupo de estudo 58 primigestas, das quais 50 (86,2%) tiveram parto vaginal e oito (13,7%) evoluíram para parto cesárea, devido a desproporção céfalo-pélvica (1), sofrimento fetal intraparto (1), parada da dilatação cervical (2), hipoatividade uterina (1) e parada na descida (1), que foram excluídas da amostra.

Para comparação entre os grupos e análise dos outros parâmetros, foram consideradas somente as 50 pacientes com parto vaginal de cada grupo.

Na comparação entre os grupos, em relação à duração do trabalho de parto, considerando o tempo de dilatação entre 3-4cm a 10cm, observou-se que no grupo de estudo a média de duração desse período foi de 5h, com variação entre 3 e 9 horas; no grupo controle a média do período foi de 8h 28min, variando entre 4 e 15 horas. Considerando a mediana entre os grupos: 4h contra 8h no grupo controle. Observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os grupos (teste Mann-Whitney).

Quanto ao uso de analgésicos durante o trabalho de parto, observou-se que no grupo tratamento, nenhuma parturiente fez uso de qualquer fármaco para aliviar sensações dolorosas, enquanto no grupo controle, 31 parturientes (62%) necessitaram de analgésicos para a dor. Observa-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$).

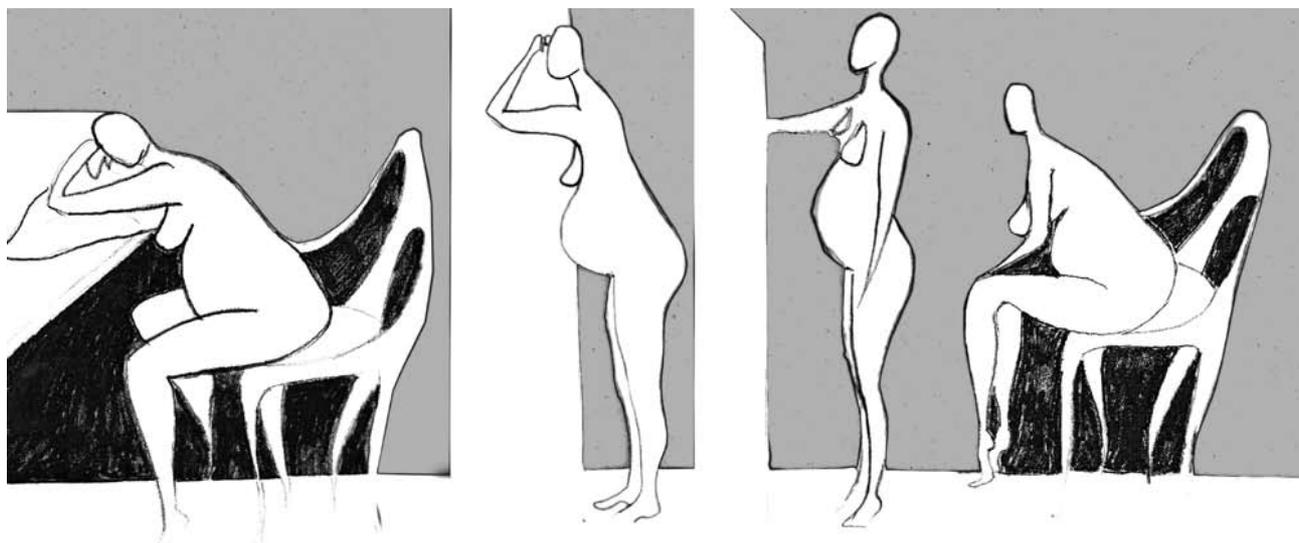


Figura 3: Alternância de posições em coordenação nos intervalos das contrações.

Em relação ao uso de anestesia, observou-se que no grupo de estudo, seis parturientes (12%) não fizeram uso de nenhuma anestesia, enquanto no grupo controle, todas as parturientes usaram alguma anestesia. Anestesia local foi usada em 10 parturientes (20%) no grupo de estudo e em 12 (22%) no controle. Anestesia raquidiana, peridural ou duplo bloqueio, foi empregada em 34 parturientes (68%) no grupo de estudo e em 38 parturientes (76%) do controle. Esses resultados demonstraram que houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos (Figura 4).

Em relação ao peso dos recém-nascidos, no grupo de estudo a média de peso foi de 3185g, variando entre 2380g e 3800g; no grupo controle a média foi de 3259g, variando entre 2480g e 4080g. A análise da comparação entre os grupos mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao peso (teste t-Student).

Quanto aos índices de Apgar dos recém-nascidos, não houve no grupo de estudo nenhum índice de primeiro minuto menor que sete. A análise das medianas dos índices de primeiro, quinto e décimo minuto, não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Discussão

À primeira vista, pode parecer antigo e não necessário, defender o parto vaginal, propor que a mulher se assegure da sua potência de gestar e dar à luz, se aproprie do conhecimento de seu corpo e de sua fisiologia, torne-se ativa no trabalho de parto. Por isso, a ação do fisioterapeuta no trabalho de parto nos leva a discutir primeiramente, a importância do parto vaginal e o valor de uma postura ativa da parturiente.

A crença na ciência e seus poderes, característica da modernidade, a expansão das tecnologias e da farmacologia, têm imprimido à assistência ao parto um caráter cada vez menos natural, gerando a suspeita de incompetência da mulher para enfrentar o parto com seus próprios recursos.

Os estudos em nosso meio mostram que apesar da concepção patológica que tem se tentado criar sobre a fisiologia do parto vaginal, incentivando a “epidemia de cesáreas” da atualidade, há paralelamente uma valorização do parto normal por muitas camadas sociais, como processo natural, como parte da experiência da mulher para tornar-se mãe, como vivência importante no desenvolvimento da genitalidade e como exercício de in-

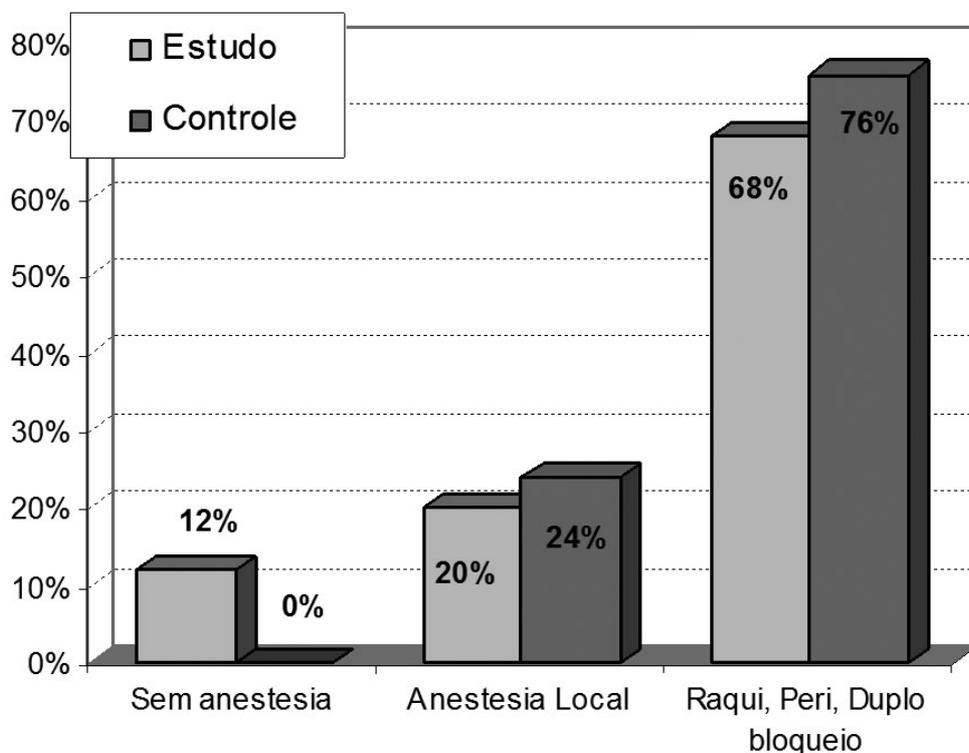


Figura 4: Distribuição entre os grupos do uso de anestesia

Teste Qui-Quadrado de Pearson

dependência significativo para o psiquismo da mulher (Diniz, 2005; Faúndes, 2004; Hotimky, 2002).

Não basta ter preferência pelo parto vaginal, pois o trabalho de parto exige a estrutura psicossomática da mulher e por isso é necessário que ela se prepare durante a gestação e receba um acompanhamento adequado.

A amostra de pacientes estudadas mostrou como a intervenção fisioterapêutica com abordagem GDS coloca o corpo em movimento coordenado favorecendo o parto vaginal; apenas oito parturientes (11%) evoluíram para cesárea.

A organização das cadeias musculares para a função de cada fase da dilatação e da descida do bebê diminuiu em 4 horas o período de trabalho de parto em relação às parturientes que não receberam o acompanhamento fisioterapêutico.

Estudos têm mostrado que a sensação de controle de si mesma, durante o trabalho de parto, o controle do próprio corpo, a habilidade pessoal para lidar com o medo, o manejo da dor, são fatores que contribuem para a boa experiência de parto, traduz-se em melhores resultados materno-fetais e repercute na preparação para a maternidade (Green, 2003; Spiby, 2003).

Foi o que pudemos observar no nosso estudo ao analisarmos os bons resultados na tolerância à dor, fazendo com que as parturientes acompanhadas não necessitassem de nenhum analgésico durante o trabalho de parto e muitas (32%) não precisaram de anestesia para o parto, além dos bons índices de Apgar dos recém-nascidos. A coordenação entre as cadeias musculares em posturas verticais mostrou ser um recurso de analgesia para a sensação de dor.

Tanto para a diminuição do tempo de trabalho de parto, decorrente da facilitação da dilatação e comportamento do períneo, como para diminuição da sensação de dor, alguns aspectos na leitura GDS precisam ser evidenciados: 1- a análise da posição do sacro e orientar a mobilidade em natação e contranatação, são fundamentais para ampliar os diâmetros pélvicos; 2- estimular a parturiente a entrar em atitude AM/AL, isto é, voltar-se para si mesma concentrando-se nas sensações, desligar-se do meio externo e introverter são essenciais para dirigir as ordens para a musculatura estriada; ao contrário, o excesso AM faz contrair o períneo e fecha o estreito inferior da pelve; o excesso AL gera contração muscular em encolhimento e contenção, o que não favorece o relaxamento necessário para o mecanismo da dilatação; 3- o equilíbrio PL-AL tanto no corpo como no comportamento da parturiente equilibram a tarefa

psicomotora do trabalho de parto, isto é, introverter sem romper com a realidade e extroverter sem sair do próprio centro; 4- inibir PM e PA é fundamental para baixar a ação do neocortex, para “descer” para o corpo e para a percepção sensorial; 5- entrar em AP é desejado para favorecer o expulsivo.

A abordagem GDS permite estimular os recursos inatos do corpo dentro da individualidade psicomotora de cada mulher; assim, dominâncias AL foram respeitadas no cuidado com a paciente; parturientes muito organizadas em PM/PL necessitaram de outra forma de condução; em outras organizadas e/ou fixadas em PA ou AP os caminhos para se chegar no mesmo objetivo foram outros. É a riqueza terapêutica que nos oferece o método GDS.

Sabemos que o bom uso da musculatura estriada depende da percepção sensorial para a estruturação do movimento coordenado. A sensação da contração uterina foi usada como um recurso de informação sensorial para estruturar e dirigir a descida do bebê e a abertura dos diâmetros pélvicos, estruturando a mobilidade da parturiente e organizando o controle voluntário da musculatura estriada nas cadeias envolvidas em cada fase do processo. Porém, a hipoatividade uterina, a falta de percepção corporal, a dificuldade para entrar em AM ou para sair de PM, o encadeamento AM/AL, uma excesso de comportamento AP, uma defesa PL difícil de introverter, foram impedimentos para a condução do trabalho. Assim também, condições imprevistas de sofrimento fetal ou desproporção céfalo-pelvica direcionam condutas obstétricas que se sobrepõem à posição e mobilidade da parturiente, como foi possível verificar nas indicações de cesárea.

A presença do fisioterapeuta durante todo o trabalho de parto, construindo uma relação terapêutica de suporte e confiança, é um fator de estímulo para a consciência corporal, para tornar o corpo um poderoso instrumento para facilitar o trabalho de parto e o parto vaginal. Como já disse Leboyer, “para tornar o parto uma festa”.

Conclusões

Acreditamos ter demonstrado que a abordagem GDS no trabalho de parto coordena a musculatura estriada das cadeias envolvidas diretamente no processo da dilatação, favorece o mecanismo neuro-hormonal da atividade uterina, facilita a cinética das contrações, analgesia a dor evitando o uso de fármacos, resultando num comportamento ativo da mulher para trazer seu bebê ao mundo.

O olhar GDS na assistência ao trabalho de parto amplia a ação sobre o corpo psicomotor, na medida em que fornece instrumentos para “ler o que o corpo diz, no terreno das predisposições individuais” (Denys-Struyf, 2003) e funcionalizar a estrutura osteomuscular para as demandas do trabalho de parto e para facilitar o parto vaginal.

É fácil entender que a amplitude da abordagem GDS no trabalho de parto tem função de prevenção específica para a estrutura musculoesquelética, para a musculatura do períneo, assim como, alcança a promoção da saúde física e mental dessa mulher que se torna mãe.

A abordagem GDS, permite estruturar a “coreografia” mais adequada para o corpo responder com habilidade e prazer cada etapa do trabalho de parto e fazer soar a sinfonia do nascimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists: dystocia and augmentation of labor. Practice bulletin. N°49. December 2003. Disponível em <http://www.acog.org>

Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behavior. *Acta Obst Gynecol Scand.* 1976; supl57:4-25

Bezerra MGA, Cardoso VLC. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006; 14(3):414-21

Denys-Struyf G. In: Aspectos Biomecânicos das Cadeias Musculares e Articulares. Campignon P. São Paulo: Summus Ed. 2003; pag 13-6.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 627-37

Faúndes A, Pádua KS, Osís MJD et al. Opinião de Mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(4): 488-94

Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth;* 2003; 30(4):235-47.

Health Organization. 1995. Recommendations for Appropriate Technology following Birth. WHO Regional Office for Europe. Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/publications>.

Hotimsky SN, Rattner D, Venâncio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública.* 2002;18(5): 1303-11.

Maria B, Dauplain G; Gaucherand P et al. Accoucher et naître en France: propositions pour changer les naissances *J Gynecol obstet Biol Reprod Biol.* 2003; 32 (7): 606-16.

Nagahama EEL, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10 (93): 651-7.

Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005; 33 (7-8):533-8.

Spiby H, Slade P, Escott D et al. Selected coping strategies in labor: an investigation. Women's experiences. *Birth.* 2003; 30(3): 189-94.

Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2004; 4(3):269-79.

Resumo

O presente artigo propõe descrever a importância de se realizar um trabalho psicocorporal de reorganização e estruturação a partir de uma proposta em grupo. Reaprender sobre estrutura e funcionar de uma maneira correta, organizada e justa define um objetivo fundamental do Método GDS. Entretanto, no método, a biomecânica não se separa do psicocorporal. Sentir o corpo, sua forma, suas estruturas, seu comprimento, suas possibilidades, seus movimentos e seus limites revela uma ligação entre o aparelho locomotor e o psiquismo. A possibilidade de aprender em grupo favorece um universo maior ainda de experiências para o desenvolvimento e crescimento de cada pessoa a partir da descoberta de si mesma e dos outros. O foco deste estudo é apresentar uma forma didática de realizar um trabalho em grupo, já que as dinâmicas em grupo necessitam de um olhar globalizado e mais específico do terapeuta em função de que o paciente passa a se descobrir e a rever suas atitudes corporais e comportamentais através da relação com o seu corpo e com os outros integrantes do grupo.

Palavras-chave: método GDS; trabalho em grupo; dinâmicas de grupo; consciência corporal.

Trabalho em Grupo: Uma proposta terapêutica de funcionalização e estruturação pelo Método GDS

Mônica Souza

O Método GDS é um método de leitura corporal e de tratamento das disfunções do sistema locomotor, que propõe uma abordagem global do corpo a partir da relação entre os aspectos psicocomportamentais e a atitude postural.

A realização de uma leitura precisa da postura, do gesto e das formas do corpo, a partir da compreensão do terreno predisponente, a regularização das tensões musculares, o reajuste osteoarticular e, principalmente, a reprogramação da função (funcionalização e estruturação) são caminhos que deverão ser percorridos ao longo de todo o processo terapêutico.

Traçar uma estratégia de tratamento para um determinado indivíduo resulta na construção de um processo terapêutico a médio-longo prazo. Quando um paciente chega ao consultório, ele tem uma queixa, um sintoma. Essa queixa aconteceu em consequência da maneira como ele funcionou ao longo da vida. Para Campignon (2003), “inicialmente, é da função que decorre a forma. Na patologia, com frequência, é a forma que põe entraves à função”. As lesões posturais são produzidas ao longo do tempo em função da maneira como cada indivíduo realiza os seus movimentos nas atividades diárias. Segundo Bertazzo (2004), “no dia a dia, nossos gestos ficam cada vez mais cerceados e nossa mobilidade, inexpressiva”. A perda da flexibilidade e da adaptabilidade resulta num corpo aprisionado numa determinada forma, impedindo, assim, que o indivíduo funcione, de maneira saudável, nas situações do cotidiano, se-

Fisioterapeuta, Especialista em Educação e Reeducação Psicomotora (UERJ), Membro da associação de professores do Método GDS

jam situações mecânicas e ou comportamentais. Está instalado, então, um terreno que predispõe à lesão e à dor.

Num processo terapêutico, a patologia e o sintoma devem ser tratados. Entretanto, o foco deve estar na verdadeira causa. É fundamental liberar as articulações dos seus bloqueios, reajustar os encadeamentos articulares e regularizar as tensões entre os encadeamentos aponevróticos. Porém, para evitar a recidiva da lesão e da dor, é primordial reaprender a funcionar. Para Godelieve Denys Struyf (1995), “não basta liberar o corpo de seus entraves para que ele recupere por si só a sua boa fisiologia. O corpo retoma com frequência os esquemas errôneos aos quais se habituou ao longo dos anos”, e para reaprender a funcionar, precisa, num primeiro momento, reaprender a se estruturar.

A funcionalização e a estruturação falam do reaprendizado da função e da reconstrução da estrutura. Para que isso aconteça, o paciente precisa conhecer o seu próprio corpo. Ter a consciência de toda a estrutura corporal e de como ela funciona permite que o gesto justo e organizado seja alcançado de maneira mais eficaz e duradoura.

A proposta do trabalho de funcionalização e estruturação é um processo que acontece de dentro para fora e todo o processo necessita de tempo. Além disso, é fundamental que o paciente realmente queira se tratar. A grande maioria dos pacientes chega ao consultório com a expectativa de ser tratado, ou seja, o terapeuta é que vai resolver a sua questão. Ele chega com a dor, e o terapeuta resolve o problema. É verdade que o terapeuta tem um leque de opções de abordagens, técnicas, manobras e estratégias terapêuticas para “tirar” a dor. No entanto a lesão e o sintoma surgiram em consequência da maneira como o indivíduo funcionou ao longo da vida, e o tratar a dor depende exclusivamente do desejo do paciente em rever a sua própria função. É importante ele compreender que é o principal responsável pelo seu bem-estar, e o terapeuta, um orientador.

O Método GDS faz uso de diferentes abordagens e estratégias terapêuticas e procura justamente individualizar a escolha de técnicas de tratamento, apropriadas à especificidade de cada paciente. Numa primeira fase, o tratamento passa por sessões individuais onde o objetivo principal é a regularização das tensões entre os diferentes encadeamentos aponevróticos e o reajuste ósteoarticular. Após tal processo, é o momento de rever a mecânica, ou seja, reprogramar o gesto justo. Conforme De Mayor (2010), “a biomecânica deve privilegiar a ação útil, organizada e coordenada, através de pequenos movimentos relacionados à vida diária, a fim de alcançar uma melhor capacidade de adaptação às solicitações que o meio ambiente apresenta”.

À medida que o paciente vai tomando consciência de uma melhor maneira de funcionar no seu dia a dia, o processo terapêutico se transforma num processo preventivo. Essa é uma fase em que o tratamento pode começar a tomar uma nova direção, ou seja, o trabalho de funcionalizar e estruturar pode ser realizado em grupo e não mais nos atendimentos individuais. Segundo Campignon (2010), “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”.

Além disso, o trabalho em grupo permite que o indivíduo se responsabilize por ele e por sua construção, tendo como ponto facilitador o exemplo do outro e a relação com esse outro. Trabalhar em grupo promove o crescimento pessoal através de um processo que envolve o ser humano e suas relações. Para Campignon (2010), “o trabalho em grupo permite uma troca das diferenças, das diferentes maneiras de ver e de fazer”.

No entanto, tal objetivo não é possível para todos, afirma Gisèle Harboux (2010). “É necessária uma preparação inicial através do trabalho individual, pois é um grande

investimento pessoal". Tal autora ainda ressalta que "fazer esse tipo de trabalho é entrar na intimidade do corpo. Vamos mexer com tensões, hábitos, posicionamentos e instalar outros". Às vezes, o indivíduo não está no momento de se reorganizar e, principalmente, de estar em grupo. Ele ainda não se sente seguro para vivenciar algo desconhecido. O tempo de cada indivíduo deve ser respeitado e acolhido. Cada paciente sabe o seu melhor momento para dar início a um novo processo. O terapeuta deve aguardar a solicitação e, nas sessões individuais, investir num trabalho voltado para as sensações e percepções do corpo (volume, contorno, comprimento, espaços...), ou seja, buscar a sintonia com a estrutura psicocorporal AM (ântero-mediana). Conforme Ungier e Ungier (2009), "a estrutura AM, que no corpo é representada por músculos predominantemente situados na região ântero-mediana, é a primeira a se organizar, e de sua boa construção depende primordialmente a saúde psíquica do indivíduo que está se formando. A estruturação do AM está ligada à constituição do ego, isto é, da noção de existir, percepção de si como um corpo integrado, da sensação de habitar esse corpo". Logo, um trabalho de nutrição da estrutura AM permite ao paciente uma sensação de acolhimento, favorecendo, assim, a segurança para que ele comece a ter a sua própria autonomia.

Paralelamente, é importante inserir trabalhos de construção do movimento para que, com o passar das sessões, o indivíduo comece a se motivar em aprender cada vez mais, pois estará levando para o seu dia a dia a construção e, conseqüentemente, impedindo a recidiva da dor. Nesse momento, ele passa a compreender que é possível funcionar de uma maneira mais organizada e sente-se totalmente responsável pelo seu corpo. "Modificando hábitos e reeducando os gestos cotidianos, pode-se conquistar o prazer de ser dono do próprio corpo", afirma Bertazzo (2004).

A partir daí, o assunto "trabalhar em grupo" já pode ser citado. A motivação de vivenciar um trabalho em grupo expressa o desejo de aprender. O aprendizado se constrói a cada momento em que se vivem novas experiências. Segundo Tatagiba e Filártica (2001), "a troca de experiências que ocorre no trabalho em grupo permite o processo de construção do saber". O grupo é formado por pessoas em torno de um objetivo comum, mas cada indivíduo possui a sua história e a sua maneira de ver e de fazer. Por isso, segundo Tatagiba e Filártica (2011), "a experiência do indivíduo não pode ser desprezada. A descoberta de um passa a fazer parte da experiência do outro. Logo, a construção do saber do grupo acontece a partir do saber individual."

MATERIAIS E MÉTODOS

Materiais

O primeiro material fundamental é o ambiente. A sala deve ser aconchegante e deve ter espaço suficiente para que cada pessoa se sinta confortável. O mais indicado é que se tenha como medida 3m² por pessoa, ou seja, um grupo com 6 pessoas, por exemplo, precisa de uma sala de 18m². O piso deve ser, preferencialmente, de madeira. É importante ter materiais que ofereçam aconchego como colchonetes, almofadas de tamanhos diversos, pufes, mantas e cobertores macios. A iluminação e a ventilação também são pontos essenciais. A presença de espelhos também pode estar compondo o ambiente.

Os objetos utilizados no trabalho em grupo ficam a critério do terapeuta. Qualquer objeto associado à criatividade dá resultado: bolas de tamanhos e texturas diferentes, bastões, elásticos, *thera band*, escovas de sapato, escovas de dente, buchas de banho, colheres de pau, cordas, fitas, tecidos, rolos de areia, pranchas de equilíbrio, espaldar, cubos de espuma, vendas para os olhos, tapetes de fibra de coco, argila, papel pardo,

folha A4, canetas coloridas, giz de cera, lápis de cor, tinta guache, óleos corporais, essências, aparelho de som, músicas, instrumentos de percussão..., ou seja, tudo o que puder estimular as sensações.

Entretanto, existe um determinado tipo de material que realmente não deve faltar: peças ósseas (réplicas de plástico). Visualizar o esqueleto, tocar e sentir cada osso são abordagens fundamentais para o aprendizado do gesto correto e justo. É interessante também associar imagens, fotos, desenhos e figuras de peças anatômicas.

Métodos

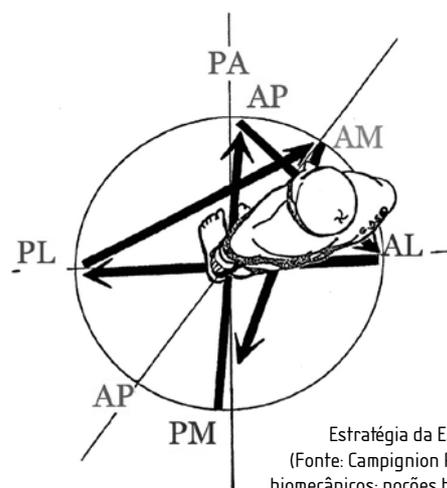
Programa a médio-longo prazo

O programa terapêutico em grupo tem como abordagem primordial um trabalho de tomada de consciência, ou seja, é realizado um trabalho progressivo de consciência das estruturas, das sensações, do movimento e das forças. A partir do trabalho de conscientização, é possível realizar um trabalho de reconstrução dos movimentos do corpo no dia a dia e de manutenção dessa reconstrução. Nesse programa, é possível utilizar como abordagens terapêuticas todas as estratégias do Método GDS. Segundo Godelieve Denys Struyf (2009), “para estruturar e funcionalizar o sistema músculo-esquelético, o método recorre a várias estratégias. Essas abordagens são designadas por nomes específicos a partir de uma imagem. São elas: a Estratégia da Estrela; a Estratégia da Lemniscata; a Estratégia da Roda e a Estratégia da Onda”.

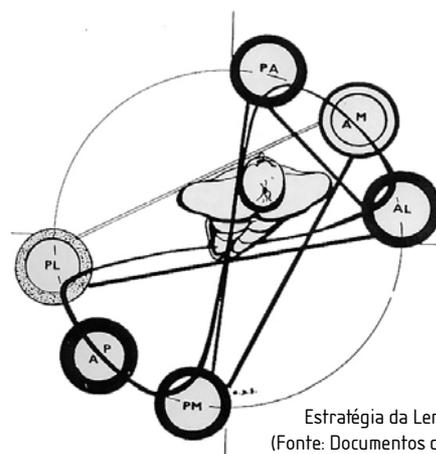
A **Estratégia da Estrela** tem como proposta um trabalho de funcionalização a partir da noção de “quem controla quem”, ou seja, é possível ajustar os controles musculares mantendo a complementaridade entre os encadeamentos musculares e restabelecendo a pentaco-ordenação entre todas as cadeias. É uma estratégia de equilíbrio biomecânico.

A **Estratégia da Lemniscata** é uma estratégia de alongamento realizada a partir de uma Ginástica de Circuito. Quando uma determinada cadeia é alongada, a tensão é transmitida à outra cadeia, e sempre numa ordem precisa. Tal estratégia também visa o equilíbrio biomecânico.

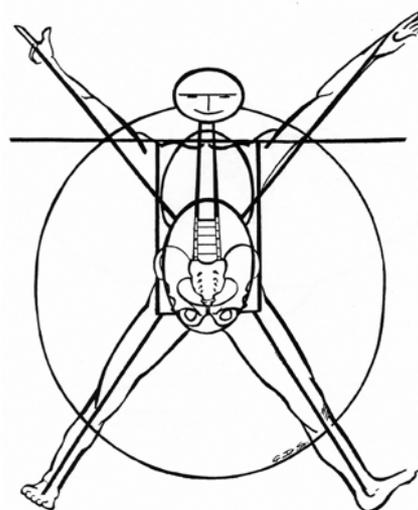
A **Estratégia da Roda** trabalha a bacia como centro e como base do tronco. “Para o Método GDS, a bacia é a base estrutural de um indivíduo”, afirma De Mayor (2010). Sob o ponto de vista mecânico, na bacia, se cruzam todos os encadeamentos musculoponevróticos, tanto do eixo vertical (tronco e cabeça) quanto do eixo horizontal (membros inferiores e superiores). Pela visão psicocorporal do método, a bacia, ou melhor, a “terra pélvica” representa a residência da estrutura psicocorpo-



Estratégia da Estrela
(Fonte: Campignon P. Aspectos biomecânicos: noções básicas, 2003)



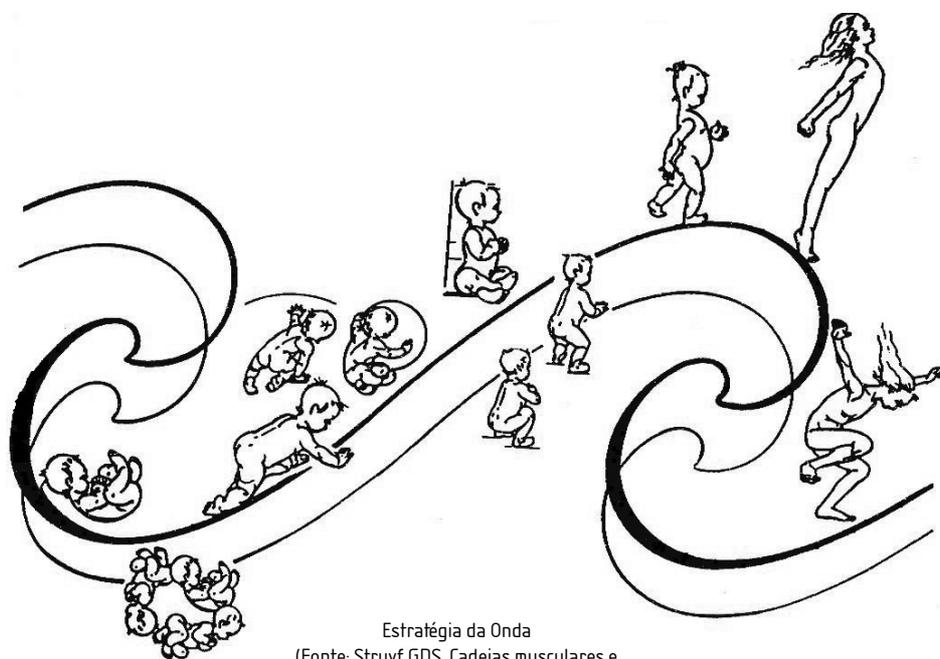
Estratégia da Lemniscata
(Fonte: Documentos de curso: formação biomecânica - Método GDS)



Estratégia da Roda
(Fonte: Struyf GDS. Méthode GDS. La stratégie de la roue, 2009)

ral AM (ântero-mediana). Segundo Godelieve Denys Struyf (1995), “residência significa uma região do corpo que tem sintonia com os aspectos simbólicos de uma estrutura psicocorporal”. A residência é construída a partir de uma ação mecânica. Por ação dos músculos do períneo (encadeamento AM), por exemplo, a bacia apresenta uma imagem simbólica de segurança e de estabilidade. Através da mecânica, é possível dar o suporte físico para a estruturação psíquica.

A **Estratégia da Onda** é um trabalho de estruturação psicocorporal, ou seja, ela contribui para a estruturação da personalidade da criança e do adulto a partir de um trabalho sobre o corpo. Segundo o Método GDS, o desenvolvimento psicomotor do ser humano se realiza em ondas. A primeira onda é a chamada “Onda de Crescimento”, que acontece desde o momento da concepção até os 7 anos. Nessa fase, a individualidade é formada. A partir dos 7 anos, sucessivas ondas, na mesma ordem, vão se repetir. São as “Ondas de Consciência”. A partir de experiências psicocorporais, onde o trabalho consiste em refazer as ondas de consciência, é possível preencher as lacunas que ficaram na estruturação da primeira onda.



Estratégia da Onda
(Fonte: Struyf GDS. Cadeias musculares e articulares: o método GDS, 1995)

PROGRAMA DE CADA SESSÃO

Existe uma proposta dentro do programa, mas é possível utilizar caminhos diferentes para se chegar ao objetivo traçado. Tudo vai depender da necessidade e do momento do grupo, em cada sessão. O tempo de duração de cada sessão pode variar de uma hora a uma hora e meia, dependendo da quantidade de pessoas e do trabalho que será realizado naquele dia. É possível realizar o trabalho mais de uma vez na semana.

O foco deste estudo é apresentar uma forma didática de realizar um trabalho em grupo. Como citado anteriormente, o Método GDS recorre a várias estratégias. Entretanto, é possível associar todas essas estratégias na mesma sessão. A proposta que será apresentada a seguir tem um objetivo biomecânico através da utilização das estratégias da Estrela, da Lemniscata e da Roda, mas com base na Estratégia da Onda.

Cada sessão é dividida em cinco momentos:

1. Momento de Chegada (verbalização): Sentados em círculo, cada indivíduo fala sobre como passou a semana: o que viveu e o que sentiu em relação ao seu corpo; o que houve de novidade a partir de tudo o que foi experimentado na sessão anterior, ou seja, como o corpo reagiu ao longo da semana em função das novas experiências; presença de dores ou de alívios; as dificuldades e as descobertas que surgiram.

2. Momento de Entrada (percepção e sensação): Momento de entrar no corpo. As pessoas se posicionam deitadas, em DD (decúbito dorsal), sobre colchonetes e, caso haja necessidade, apoio sob a cabeça (almofada, rolinho de areia, etc.). De olhos fechados, o grupo recebe um comando para perceber e sentir o corpo: espaços, volume, apoios, comprimento, conforto, desconforto, aprisionamentos, excesso de tensão. A respiração também pode ser percebida e sentida nesse momento. Depois de feita uma passagem por todo o corpo, é sugerido que cada pessoa defina o que percebeu e sentiu, através de uma única palavra, uma frase, um desenho, uma pintura, um gesto. É importante que cada um expresse o que percebeu e o que sentiu. Relembrando o que foi citado anteriormente por Tatagiba e Filártiga (2001), “a construção do saber do grupo acontece a partir do saber individual”. A partir desse ponto, o terapeuta traça a proposta daquela sessão em função da real necessidade do grupo naquele momento. O Método GDS, através de suas estratégias terapêuticas, permite que o grupo seja trabalhado na sua individualidade. Existe uma proposta e um objetivo terapêutico a seguir, mas é fundamental que a unidade grupo e as suas demandas sejam acolhidas. Segundo Castilho (1994), “a técnica deve ter o seu momento de entrada, onde se deseja alcançar um objetivo que, em primeira instância, deve ser a necessidade do grupo, e nunca a necessidade do facilitador”. “O grupo é o mais importante e não as técnicas planejadas e aplicadas pelo facilitador”, ressaltam Tatagiba e Filártiga (2001).

3. Momento de Construção (estruturação): O funcionalizar fala da aprendizagem de uma nova função. Para que isso aconteça, o paciente precisa antes conhecer o corpo dele, a estrutura que irá funcionar. Esse terceiro momento é o da construção da imagem e da consciência da estrutura, ou seja, consciência da pele, dos músculos, das articulações e, principalmente, dos ossos. Segundo Godelieve Denys Struyf (1995), “o primeiro procedimen-

to é a consciência da forma óssea, que abre o caminho do gesto correto.” Tal autora ainda ressalta que “o jogo da regularização dos elásticos musculares é um jogo muito complexo que a conscientização do osso simplifica. A imagem e a consciência do esqueleto em nós dão aos encadeamentos musculares seu comprimento e sua tensão corretos.” Segundo Bertazzo (2004), “exercícios executados sobre a estrutura óssea nos trazem um sentimento de solidez e de estar presente: concentração”. A conscientização da forma do osso e das suas torções fisiológicas abre o caminho para a construção do gesto motor. O trabalho é todo realizado através das sensações. Tocar-se passa a ser via de acesso da autopesquisa. Segundo De Mayor (2010), “o toque não é apenas um contato, ele deve passar uma intenção de conscientizar, reconstruir e estruturar”. Entretanto, a utilização de peças ósseas (réplicas de plástico), figuras, desenhos e fotos de ossos, imagens de construções arquitetônicas que se correlacionam à forma óssea facilitam a compreensão. O uso da argila como material de projeção da imagem construída e a expressão pelo desenho permitem uma maior clareza do quanto já se conquistou e do quanto ainda se deve investir. Godelieve Denys Struyf (2009) afirma que “a anatomia deve ser escrita e desenhada em nós através da nossa construção” e que “o Método GDS propõe, entre outros caminhos, aprender tal anatomia com o suporte do gesto”.

4. Momento de Ação (funcionalização): Esse é o momento da reaprendizagem do gesto correto, justo e organizado. Bertazzo (2004) afirma que “estudar o movimento implica observação, elaboração e internalização, até chegar à sua compreensão. O natural precisa ser reconquistado, à custa de esforço e atenção. Todo gesto deve acordar alguma sensação prazerosa, livre do automatismo de movimentos sem direção ou presença”. Tal autor ainda ressalta que “ao nos concentrarmos na percepção do gesto, encontramos nuances de sensações, de flutuações e de vazios que podem nos instruir não somente sobre a experiência mais íntima de cada um de nós, mas também sobre o funcionamento geral de funções mentais e motoras”. Compreender e acessar a mecânica do corpo fala sobre a realização de um trabalho de construção do movimento a partir da consciência das direções de forças. É o momento de trabalhar, por exemplo, a instalação do “feudo” de cada cadeia. Segundo o Método GDS, cada encadeamento precisa imprimir uma marca útil primordial, em alguma região específica (chamada de feudo), para ter um bom funcionamento

global do corpo. Outra possibilidade de trabalho é a consciência das “massas”, “pivôs” e “alavancas”. Conforme Philippe Campignon (2003), a construção do equilíbrio em pé consiste em “manter as massas (pélvica, torácica e cefálica) alinhadas umas com as outras, mediante contínuas recuperações de pequenos desequilíbrios”. As massas repousam sobre as alavancas e a inclinação dessas alavancas faz variar a posição das massas no espaço e a posição de uma em relação às outras. No entanto, afirma Philippe Campignon (2003), “essas massas devem ser mantidas na horizontal, sobretudo a massa cefálica, para satisfazer às leis do equilíbrio ligado ao reflexo óculocefálico. Para isso, as massas dispõem de pivôs que as articulam com as alavancas sobre as quais repousam”. Entretanto, para preservar o equilíbrio entre as massas, é fundamental ter flexibilidade nas intermassas (lordoses cervical, lombar e fêmuro-tibial). Com a influência do encadeamento AP (ântero- posterior), as intermassas apresentam uma característica elástica, favorecendo, assim, a ritmicidade e a adaptabilidade. É importante finalizar esse 4º momento com experiências lúdicas e rítmicas. É progressivamente “brincando e rebrincando” que os gestos e o movimento vão se organizando, afirma Bertazzo (2004).

5. Momento de Registro (fechamento): Esse é o momento de perceber e sentir o que ficou registrado no corpo. Após a vivência lúdica, o terapeuta passa um comando de desacelerar, lentamente, a brincadeira, as vibrações, os sons e os movimentos, até parar. Com os olhos fechados, as pessoas voltam a se perceber: espaços, volume, apoios, vibração, comprimento, conforto, desconforto, aprisionamentos, flexibilidade, excesso de tensão, respiração, temperatura. É o momento de treinar “a sensação do antes e do agora”. Em seguida, é solicitado que cada pessoa verbalize sobre os seus registros finais. É bem interessante terminar a sessão com um bônus, um presente, ou seja, cada um escolhe alguma experiência daquela sessão para levar e fazer durante a semana. Não é um “dever de casa” e sim, um “prazer de casa” que pode ser uma sequência de alongamentos, uma prática de construção do movimento, um trabalho de percussão óssea ou até uma coreografia. Segundo Gisèle Harboux (2010), “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”.

“No corpo se operam sempre as transformações. Ele é o primeiro instrumento. A consciência de seu volume, de sua mobilidade, de sua flexibilidade e de sua dinâmica ajuda o homem a se adaptar à diversidade de situações com que se depara”.

Godelieve Denys Struyf, 1995

DEPOIMENTOS

“O Trabalho em Grupo, para mim, é super importante para avaliarmos as nossas limitações e possibilidades, para sabermos, escutarmos e compreendermos as limitações e as possibilidades dos outros, vendo que somos diferentes e iguais ao mesmo tempo”.

A.M.D., 2010

Hoje, passados já os meus 65 anos, sei finalmente que temos a obrigação de saber usar o nosso corpo sem agredi-lo. Entretanto, o vício da má postura, ao longo do tempo, nos impede de praticar com exatidão o que estamos aprendendo. Mas já conseguimos verificar algumas mudanças. O Trabalho em Grupo é muito gratificante pela troca de experiências com o próximo. É saber que as dores e as dificuldades não acontecem somente conosco. Ver o outro melhorar nos ensina que também podemos. Isso nos consola”.

C.S.C., 2010

OBSERVAÇÕES FINAIS

A proposta deste artigo, ao apresentar, de forma didática, o trabalho de funcionalização e estruturação em grupo, com base no Método GDS, expressa o meu olhar como terapeuta. A minha história de vida e os meus processos terapêuticos me nortearam a tal alcance. Segundo Gisèle Harboux (2010), “cada terapeuta deve e vai encontrar seu estilo de animação, escolha de exercícios, com ou sem música..., que é resultado de seu próprio percurso e de todas as influências que sofreu”.

*“Trabalhar com grupos...
O previsível e o imprevisível me gratificam.
O controlável e o incontrolável me motivam.
A unicidade e o diverso me espantam.
Mas é o resultado que me nutre e me fortalece como gente.”*

Virgínia Filártiga (2001)

CONCLUSÃO

Por também ter uma abordagem comportamental, o Método GDS possibilita a realização de um trabalho terapêutico de reorganização das estruturas osteomioarticulares, em grupo, visando não apenas ao biomecânico, mas, essencialmente, ao psicomotor, já que cada indivíduo passa a se descobrir e a rever suas atitudes corporais, posturais e comportamentais através da relação com o seu corpo e com os dos outros integrantes do grupo.

A unidade grupo é estabelecida a partir da individualidade de cada pessoa, ou seja, cada grupo é um grupo, sempre diferente, novo e ímpar. Por tal motivo, é importante que o terapeuta reconheça a exigência de atuar de forma diferenciada em cada grupo. Isso permite uma reflexão sobre a necessidade de investimento do terapeuta não só no domínio da técnica, mas, essencialmente, no processo pessoal de autodesenvolvimento e autoconhecimento. Lidar com as diferenças e, principalmente, lidar com o ser humano, exige um preparo profissional e pessoal.

“A possibilidade de o indivíduo repensar os seus caminhos e as suas atitudes permite novas formas de ação e, conseqüentemente, uma melhor integração às suas atividades e às suas relações”.

Godelieve Denys Struyf (1995)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTAZZO I. Espaço e corpo: guia de reeducação do movimento – São Paulo: SESC, 2004.
- CAMPIGNION P. Aspectos biomecânicos: cadeias musculares e articulares – Método GDS: noções básicas – São Paulo: Summus, 2003.
- CAMPIGNION P., HARBOUX G. Propriocepção: a conscientização corporal. Olhar GDS 2010: 6-10.
- CASTILHO A. A dinâmica do trabalho de grupo – Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.
- DE MAYOR A. Capacidade funcional, independência e autonomia: o método GDS na prevenção dos problemas ligados ao envelhecimento. Olhar GDS 2010: 18-24.
- FILÁRTIGA V., TATAGIBA, M.C. Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupo – Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- STRUYF GD. Cadeias Musculares e articulares: o método GDS – São Paulo: Summus, 1995.
- STRUYF GD. La structuration psychocorporelle de l'enfant: La vague de croissance selon la méthode GDS. Bruxelles: ICTGDS, 2010.
- STRUYF GD. Méthode GDS: La stratégie de la roue. Première partie: Le bassin. Bruxelles: ICTGDS, 2009.
- UNGIER A., UNGIER R. Uma abordagem GDS sobre a construção da imagem do corpo na criança. Olhar GDS 2009;3:5-11.

GODELIEVE DENYS-STRUYF = GDS - Como não se encantar?

Um trabalho que vai além de aplicar uma técnica. O conceito GDS nos permite uma observação, uma análise, respeitando a individualidade de cada paciente, tendo como objetivo sua qualidade de vida. A qualidade de ser e estar no mundo.

O método me chamou atenção pela questão: a aparência é o mesmo que ser? Nem tudo que se vê é. No trabalho GDS vamos descobrindo parte do todo, até alcançar o limite do olhar, a capacidade do dizer e a faculdade de ouvir além dos sentidos físicos. Perceber a importância de desenvolver um olhar, uma observação que vai além da forma, da aparência, um olhar físico-psico-corporal. Temos que levar a pessoa a despertar para o eu, o "eu estou em um caminho", no caminhar da vida como aprendiz, vamos aprender desaprendendo... O que é perfeito? É reto, é estático, é flexível, é ser musculoso? Ou é ter adaptações, descobrindo que o que nos causa medo é o desconhecido?...

GDS, com seus profundos conceitos, é uma viagem a nós mesmos. Se eu me conheço, eu me aceito, eu posso viver em mim. É claro que auto desperta, não significa viver sem qualquer aflição ou desafios, mas, através do trabalho constante de consciência corporal, é possível conseguir harmonia para o agir. Como disse Godelieve Denys Struyf: "Eis o umbral atravessado, e nasce a criança que existe em nós".

Acredito nesse olhar atento, para alcançar além dos limites, isto é perceber a natureza em si. Em GDS, podemos também dizer que o "eixo horizontal mantém o corpo, e o vertical, sustenta a vida".

Jucéia Bayerl

Sinto como se estivesse viajando numa nave do tempo. Olho pela janela e vejo todos os encontros passados para organizar o método GDS. Agora estamos a caminho de sediar o próximo congresso internacional que será no Brasil! Vai ser uma realização de todos nós!

Lucia Leibel Swartzman

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

VI Jornada Científica da APGDS no Rio de Janeiro (setembro 2010)

1.



1. Conferência com Régine Hubeaut (França).

2. Mesa redonda com as conferencistas Bárbara Schindler, Presciliana Straube, Renata Ungier, Régine Hubeaut e Mônica Souza.

3. Régine Hubeaut cercada pela diretoria da APGDS (Jucéia Bayerl, Cristiane Moraes, Mônica Souza, Renata Ungier e Alexandre de Mayor).

4. Ateliê com Nara Vieira.

5. Ateliê com Weld Encarnação, Joana Cavalcanti e Camille Guedes.

6. Sócios da APGDS prestigiam o evento.

2.



3.



4.



5.



6.



VII Jornada Científica da APGDS em São Paulo (novembro 2010)



Cecília Stephan e Bernard Valentin.



Ateliê com Victor Liggieri

Assembléia no Rio de Janeiro (fevereiro 2011)

Pela primeira vez, participação também por Skype.



Sócios discutem propostas para a organização do Congresso 2012.



Assembléia em São Paulo (maio 2011)

Da esquerda para a direita, Alexandre de Mayor, Mônica Souza, Flávia Wanderley, Cecília Stephan, Renata Ungier, Ana Luiza Luca, Rita Wada, Tota Miguet e André Trindade.



Formação GDS – Aspectos comportamentais:
curso com Régine Hubeaut (França) em setembro de 2010

1.



2.



1. Professora Régine Hubeaut.

2. Trabalho com argila.

3. Vivência.

3.



FORMAÇÃO OFICIAL NO MÉTODO GDS NO BRASIL E NO MUNDO

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



Criação do Método GDS

Mme. Godelieve Denys
Struyf (1931-2009)

Refraquista em Belas Artes, fisio-
terapeuta, osteopata, diplomada em
Maidstone.

Pesquisadora em antropologia
e psico-morfologia a partir dos
anos 50.



Concepção dos aspectos biomecânicos das cadeias GDS

Philippe Campignon

Fisioterapeuta, diretor da Comis-
são Internacional de Ensino do
Método GDS.

Presidente da APGDS-França.

O ensino do método GDS é coordenado por dois centros associados, o I.C.T.G.D.S. (Institut des Chaînes Musculaires et Techniques GDS - Bélgica) e o Centro de Formação Philippe Campignon (França). Os professores aptos a ministrar cursos de formação (ou atuarem como assistentes) estão reunidos em uma Comissão Internacional de Ensino, dirigida por Marguerite Denys (presidente do I.C.T.G.D.S. - Bélgica), Philippe Campignon (diretor da Biomecânica) e Joële Van Nieuwenhuyze (diretora do Comportamental).

O I.C.T.G.D.S. se ocupa dos aspectos comportamentais do método, no sentido do auto-trabalho, da prevenção, das bases do método GDS no que diz respeito à linguagem do corpo, à noção de terreno predisponente e ao psico-comportamento.

O Centro de Formação Philippe Campignon se ocupa dos aspectos biomecânicos do método GDS, no que tange à identificação das dominâncias, carências e reatividades entre as cadeias musculares, para reconstruir a harmonia entre elas, prevenindo e tratando o terreno predisponente.

Os cursos de formação ministrados em outros países (Brasil, Espanha, Canadá, Suíça, Itália, México, Polônia e Líbano) são filiados a estes dois centros, que fornecem material didático e reciclagens regulares aos professores responsáveis, no sentido de zelar pela coerência e respeito na transmissão dos conceitos.

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 Comissão Internacional de Ensino do Método GDS. São eles: Maria Antônia Miguet, Rita Wada, Renata Ungier, Alexandre de Mayor, Cecília Stephan, Sylvia Nancy Azevedo, Nícia Popini Vaz, Maria de Fátima Rosas, Mônica Souza e Bernard Valentin (Bélgica).

A formação completa se constitui em quatro ciclos:

AGENDA DE CURSOS 2011-2012

Ciclo I: Introdução

(4 dias ou 32 horas)

Ciclo II: Biomecânica

(4 módulos de 3 dias e 1 módulo de 6 dias - 144 horas)

Módulo I- A cadeia do eixo relacional - AL

Módulo II- A cadeia do eixo relacional - PL

Módulo III- A cadeia do eixo vertical - AM

Módulo IV- A cadeia do eixo vertical - PM

Módulo V- As cadeias do eixo vertical - PA e AP / Testes e análises

Ciclo III: Aspectos Comportamentais

(2 etapas - 128 horas)

Módulos I e II (principalmente comportamental)

Módulos III e IV (comportamental e ósteo-articular)

Ciclo IV: Estratégias de Tratamento

(2 módulos de 6 dias - 96 horas)

Módulo I- Pelve e membro inferior

Módulo II- Tronco, coluna cervical e membro superior

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 deverá apresentar um trabalho de conclusão e receberá um diploma oficial do ICTGDS-Bélgica.

ATENÇÃO: Sócios da APGDS que desejem repetir qualquer ciclo da formação têm 40% de desconto. As vagas são limitadas.

RIO DE JANEIRO

Ciclo I

7 a 10 de setembro de 2011

Ciclo IV - Módulo II

7 a 12 de outubro de 2011

Ciclo II - Módulo II

28, 29 e 30 de outubro de 2011

Ciclo II - Módulo III

3 a 5 de fevereiro de 2012

Ciclo II - Módulo I

2 a 4 de março de 2012

Ciclo II - Módulo IV

20 a 22 de abril de 2012

Ciclo II - Módulo II

4 a 6 de maio de 2012

Ciclo II - Módulo V

1 a 6 de junho de 2012

Ciclo IV - Módulo I

9 a 14 de outubro de 2012

Ciclo II - Módulo III

26 a 28 de outubro de 2012

SÃO PAULO

Ciclo II - Módulo V

8 a 13 de julho de 2011

Ciclo IV - Módulo II

15 a 20 de julho de 2011

Ciclo I

22 a 25 de setembro de 2011

Ciclo III - Módulo I

20 a 23 de outubro de 2011

Ciclo II - Módulo I

10 a 12 de fevereiro de 2012

Ciclo III - Módulo II

8 a 11 de março de 2012

Ciclo II - Módulo II

11 a 13 de maio de 2012

Ciclo I

24 a 27 de maio de 2012

Ciclo III - Módulo III

12 a 15 de julho de 2012

Ciclo II - Módulo III

10 a 12 de agosto de 2012

Ciclo I

20 a 23 de setembro de 2012

Ciclo III - Módulo IV

25 a 28 de outubro de 2012

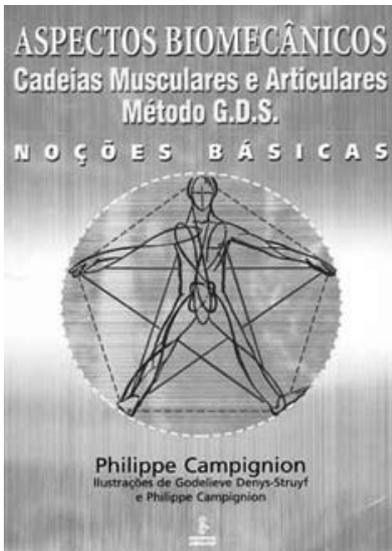
Ciclo II - Módulo IV

9 a 11 de novembro de 2012

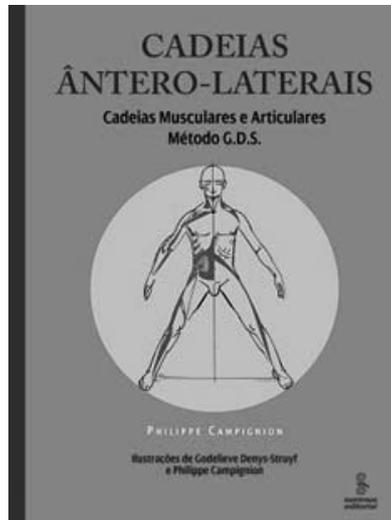
O horário dos cursos é de 9 às 18h. Locais a confirmar.

Para informações e inscrições, acesse <http://www.apgds.com.br/homolog/formacao.aspx>, ou entre em contato com cursos.gds.rj@terra.com.br (Rio de Janeiro) ou cadeias-muscularesgds@hotmail.com (São Paulo)

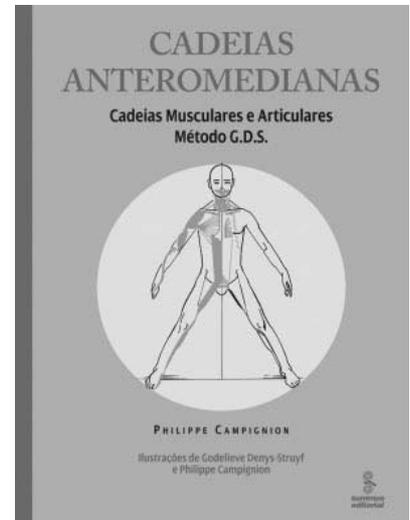
Bibliografia do Método GDS



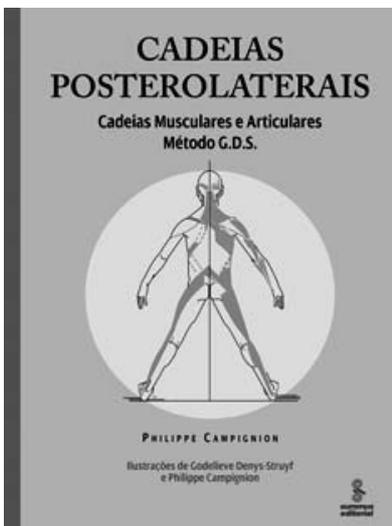
Campignon P. **Aspectos Biomecânicos - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S. - Noções Básicas.** São Paulo: Summus; 2003.



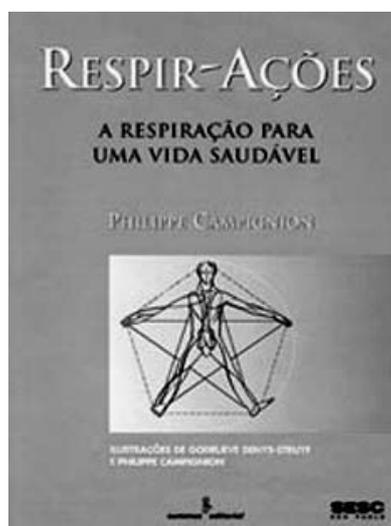
Campignon P. **Cadeias Ântero-laterais - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.** São Paulo: Summus; 2008.



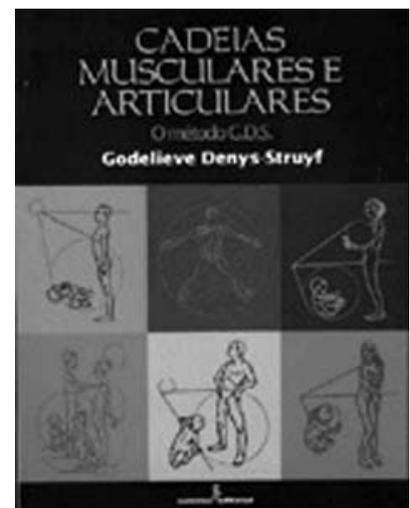
Campignon P. **Cadeias Ântero-medianas - Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.** São Paulo: Summus; 2009.



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



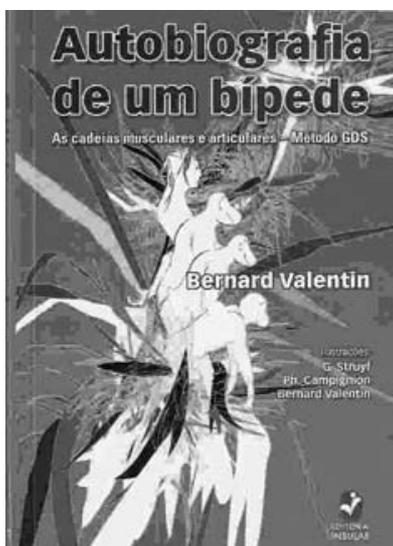
Campignon P. **Respir-Ações.** São Paulo: Summus; 1998.



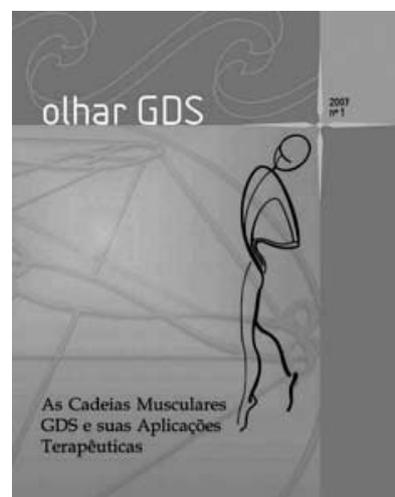
Denys-Struyf G. **Cadeias Musculares e Articulares.** São Paulo: Summus; 1995.



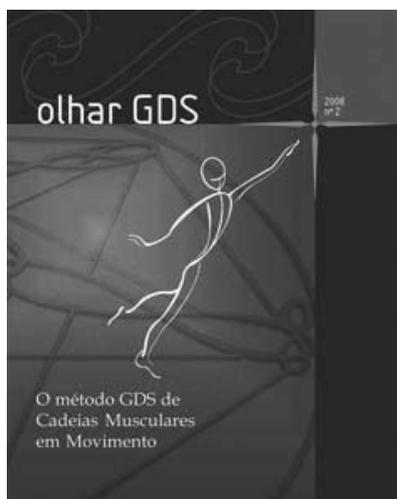
Trindade A. **Gestos de Cuidado, Gestos de Amor: Orientações sobre o desenvolvimento do bebê.** São Paulo: Summus; 2007.



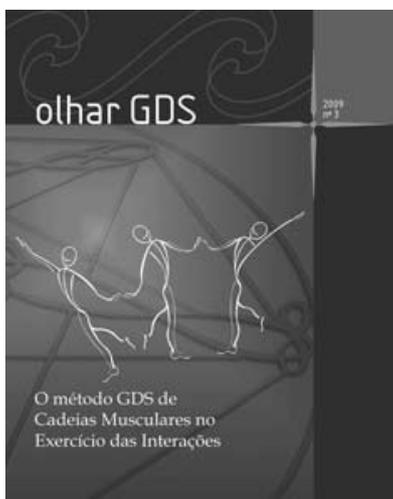
Valentin B. **Autobiografia de um bípede - As Cadeias Musculares e Articulares - Método G.D.S.** Florianópolis: Ed. Insular; 2009.



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.



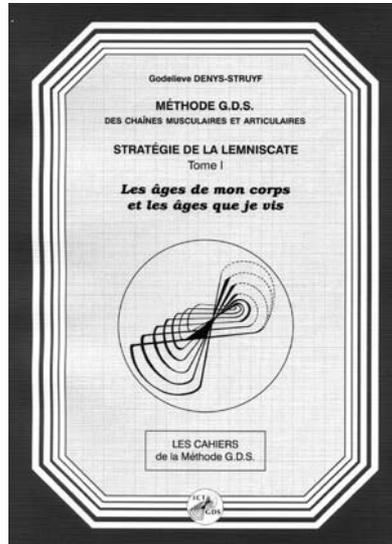
O Método GDS de Cadeias Musculares no Exercício das Interações. 2009, Rio de Janeiro: *Revista da Associação de Praticantes do Método GDS (APGDS)*, Vol. III.



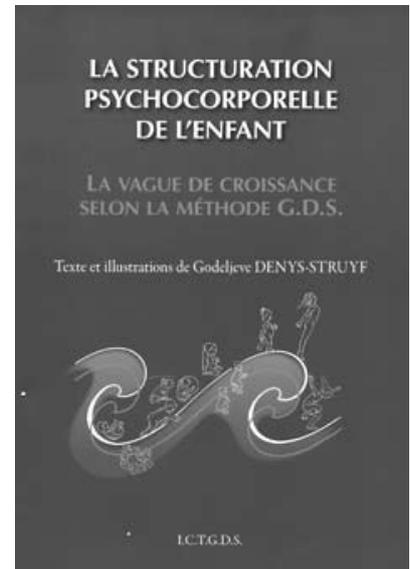
O Método GDS de Cadeias Musculares em seus Múltiplos Enfoques. 2010, Rio de Janeiro: *Revista da Associação de Praticantes do Método GDS (APGDS)*, Vol. IV.



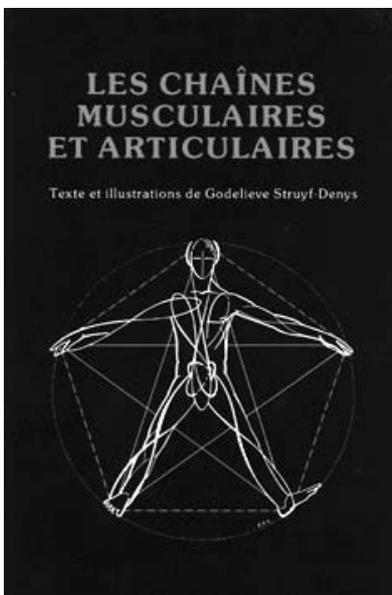
Denys-Struyf G. **La stratégie de la roue. Première partie: Le bassin.** Bruxelles: ICTGDS; 2009.



Denys-Struyf G. **Stratégie de la lemniscate. Tome I: Les âges de mon corps et les âges que je vis.** Bruxelles: ICTGDS; 2010.



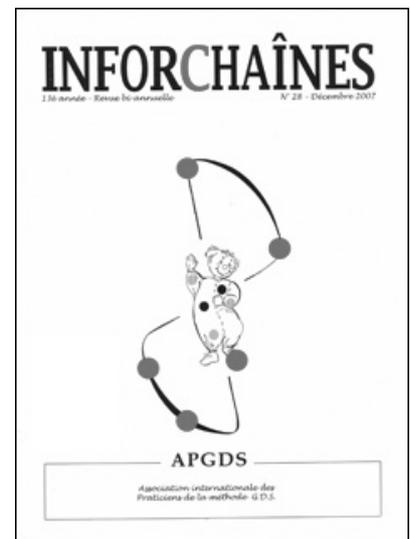
Denys-Struyf G. **La structuration psychocorporelle de l'enfant: la vague de croissance selon la méthode G.D.S.** Bruxelles: ICTGDS; 2010.



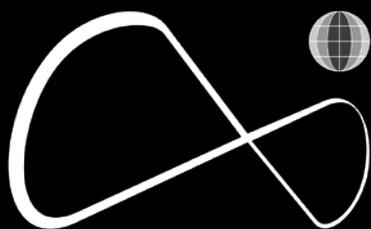
Denys-Struyf G. **Les chaînes musculaires et articulaires**, 6ème édition. Reprise par l'I.C.T.G.D.S., Rue de la Cambre - B 1150 Bruxelles: Distribué par Prodim, Vigot-Maloine; 2009.



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



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



III CONGRESSO INTERNACIONAL DO MÉTODO GDS

As atividades físicas
e o movimento:
um novo enfoque

24 a 26 de agosto de
2012

Colégio Brasileiro de
Cirurgiões (CBC)

Rua Visconde Silva 52, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ

O conselho diretor da APGDS está recebendo, a partir de agora, propostas de trabalhos para o congresso. Os interessados deverão enviar seus resumos por e-mail para contato@apgds.com.br.

ATENÇÃO: Somente sócios da APGDS poderão submeter trabalhos para o congresso. O prazo máximo para envio é dia 30 de outubro de 2011.

A proposta deverá conter o nome do(s) autor(es), mini-currículo (máximo de duas linhas), resumo do trabalho e opção de apresentação: comunicação oral, oficina ou poster. No caso de oficinas, deve constar o material necessário e número limite de participantes.

O poster deve ter 0,9 m de largura por 1 a 1,2 m de altura e deve ser confeccionado com cordão para pendurar. Haverá um espaço destinado à exposição dos posters e um horário definido para que os autores estejam disponíveis no local, para perguntas e debates. Para quem não está familiarizado com esta modalidade de apresentação, o poster é um resumo ilustrado de um trabalho de pesquisa. Seguem, abaixo, algumas dicas para sua elaboração.

Na eventualidade de um número de trabalhos selecionados que ultrapasse os limites de tempo do congresso, propostas de apresentação oral poderão ser designadas para apresentação em poster.

Todos os trabalhos submetidos serão avaliados pela diretoria da APGDS do país de origem, pela presidente do ICTGDS Marguerite Denys, pelo diretor da formação biomecânica Philippe Campignon e pela diretora da formação psico-comportamental Joelle Van Niewenhuyze, além da diretoria da APGDS-Brasil, à qual caberá a decisão final sobre a aceitação dos trabalhos e organização do evento.

Os resumos propostos devem estar em sintonia com alguma das linhas temáticas do congresso, listadas abaixo:

1. O corpo do atleta
2. Lesões ligadas ao esporte
3. Aspectos biomecânicos e posturais do esporte/dança/atividade física
4. Aspectos psicocorporais ligados à prática da atividade física
5. Atividade física no cotidiano de não-atletas
6. Qual atividade física para qual tipologia?
7. Atleta profissional e atleta amador
8. O corpo do idoso em movimento
9. O corpo da criança em movimento
10. Portadores de necessidades especiais e a prática de esporte/dança/atividade física

Dicas para a confecção do poster:

- Tente ser efetivo na disposição visual dos dados: o poster é um resumo ilustrado.
- Mostre o que mais importa de sua pesquisa - o que foi realizado, como foi realizado e o que se recomenda ou se conclui. Evite focar os métodos. Os resultados e implicações são mais relevantes.
- Utilize gráficos, figuras e textos, preferencialmente coloridos, bem distribuídos ao longo do pôster (evite número excessivo de cores).
- Utilize títulos para destacar objetivos, resultados, conclusões, etc. Organize em colunas as sessões para melhor visualização e leitura.
- Minimizar texto, use gráficos, figuras etc. Blocos de textos devem conter aproximadamente 50 palavras.
- O texto deve ser visível a uma distância de um metro, aproximadamente.

Associados da APGDS

Presidente

Renata Ungier

ungier@me.com

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

Tesoureiro

Alexandre de Mayor

demayor@me.com

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

contato@monicasouza.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 1401/302, Ilha do
Governador, Rio de Janeiro - RJ
21931-383
(55) 21 2462-4322 / 9457-4092

Secretária adjunta

Cristiane Cunha dos Santos de Moraes

crismoraesrj@yahoo.com.br

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

ESPÍRITO SANTO

Titular

Maria Angélica Ferreira Leal Puppim

angelica.puppim@uvv.br

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

MARANHÃO

Aspirante

Loide Soares Mafra

loide.mafra@hotmail.com

Av. Prof. Carlos Cunha 2000/502, Jara-
cati, São Luís 65076-820
(55) 98 3221-0841 / 8135-4062

MINAS GERAIS

Titulares

Alessandra Moraes

ale.mrs@uol.com.br

R. Coronel Manuel Alves 305,
Fundinho, Uberlândia 38400-226
(55) 34 3235-9259 / 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

Elisabeth Maria Schoenmaker de Block

lize@translate.com.br

R. Orígenes José Alves 470, Skaff,
Sacramento 38190-000
(55) 34 3351-2809

Fernanda Gomes Fonseca Bevilaqua

uaiqdanca@uaiqdanca.net

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

Priscilla de Queiroz Duarte

priduarte66@gmail.com

São Lucas, Belo Horizonte
(55) 31 8842-3308

Samira C. Zar

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 586 sala 31, 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

Marta Maria Nunes de Castro

martanunesdecastro@yahoo.com.br

R. José Lourenço Kelmer 1300 s.
221/223, São Pedro, Juiz de Fora
36036-330
(55) 32 3231-1143 / 8429-1262

PARANÁ

Aspirante

Isabel Scheinkman

isabel.scheinkman@gmail.com

Batel, Curitiba
(55) 41 8405-4546

RIO DE JANEIRO

Fundadores

Ana Rita Figueiredo Ribeiro

aribeiro05@hotmail.com

R. Mário Pederneiras 31, Humaitá, Rio
de Janeiro 22261-020
(55) 21 2527-2825 / 8203-1301

Bárbara Schindler

bschindler@ig.com.br

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

**Elizabeth Pimentel Berardo C. da
Cunha**

elizabethberardo@terra.com.br

R. Mário Pederneiras 10 casa 103,
Humaitá, Rio de Janeiro
(55) 21 9648-2403 / 8759-2539

Elizabeth Rodrigues Madureira

bethmadureira@globo.com

R. Mário de Andrade 31, Humaitá, Rio
de Janeiro - RJ 22260-220
(55) 21 8591-5881

Para fazer parte da APGDS,
entre em contato com
contato@apgds.com.br.

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 Luiza 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@osteopyx.com.br

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. Real Grandeza 108/111, Botafogo,
Rio de Janeiro 22281-034
(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, Copaca-
bana, 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 / 9914-5863

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**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

André Luiz da Silva Cancela

andre.cancela@yahoo.com.br

R. Gavião Peixoto 182/314, Icaraí,
Niterói 24230-101
(55) 21 2611-8090 / 9613-1768

Anita Gutman

anitagutman@terra.com.br

R. Senador Dantas 75/2407, Centro,
Maricá 20031-200
(55) 21 2292-8891 / 9655-3612

Bárbara Adamavicius da Silva

contato@flexivelstudio.com.br

Estrada do Galeão 1035 lj. E, Ilha do
Governador, Rio de Janeiro 21931-383
(55) 21 2463-2645 / 8778-8892

Beatriz Gaspar Maciel de Moura

biagaspar@globo.com

Ipanema, Rio de Janeiro
(55) 21 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

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

Copacabana, Rio de Janeiro
(55) 21 2530-2797 / 8686-2511

Carmen Jardim

carmenjardim@gmail.com

R. Voluntários da Pátria 445/801, Bota-
fogo, Rio de Janeiro 22270-010
(55) 21 2535-3181 / 9602-4614

Christina de Almeida Xavier

chrissxavier@gmail.com

Icaraí, Niterói
(55) 21 9621-4073

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

Cristianne 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

Fabiana Lima Hottz

fabianahottz@yahoo.com.br

Av. Armando Lombardi 1000/142 bl.
2, Centro Médico Barra Life, Barra da
Tijuca, Rio de Janeiro 22640-000
(55) 21 3433-3333 / 9584-5669

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, Icaraí,
Niterói 24230-191
(55) 21 2710-8957 / 8269-1113

Flavia Ribeiro Wanderley

flaviaribeirowanderley@gmail.com

R. Vinicius de Moares 277/102,
Ipanema, Rio de Janeiro 22411-010
(55) 21 9922-0252

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

Lucia Maria Balian Racca

luciabalian@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

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

ibo-riodejaneiro@hotmail.com

R. Almirante Cândido Brasil 120, Mara-
canã, Rio de Janeiro 20511-020
(55) 21 2570-8920 / 9977-2784

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

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

Nurit S. Weyrauch

nuritweyrauch@yahoo.com.br

Praia do Flamengo 66-1406 bl. B, Fla-
mengo, Rio de Janeiro 22210-030
(55) 21 4141-3336 / 9643-5992

Renato Guarino Werneck

renatogw@yahoo.com.br

Rio Comprido, Rio de Janeiro
(55) 21 9979-2588

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

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 22421-020
(55) 21 2521-3115 / 9978-4042
R. Boavista 19, São Francisco, Niterói
24365-010
(55) 21 2714-3240 / 8885-4042

Valéria Rosa Pinto da Silva

valeriarosapinto@yahoo.com.br

Copacabana, Rio de Janeiro
(55) 21 9468-9914

Weld Santos Encarnação

ateliectorporal@gmail.com

R. General Glicério 400 lj. A, Laranjei-
ras, Rio de Janeiro 22245-120
(55) 21 2225-6134 / 8771-0745

Aspirantes**Ana Karina Leite Resende**

anakarinafisio@globo.com

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

Anna Paula Cordeiro

annacorde@gmail.com

R. General Glicério 400 Lj A, Laranjei-
ras, Rio de Janeiro 22245-120
(55) 21 2225-6134 / 9413-6373

Annemarie Anderson

annaanderson@globo.com

Largo do Machado 54/1101, Catete, Rio
de Janeiro 22221-020
(55) 21 2205-1094 / 9975-0901

Antonio Fernando Ugelli

afugelli@hotmail.com

Jardim Botânico, Rio de Janeiro
(55) 21 9840-4343

Aparecida Imaculada Nogueira

cidafisio@bol.com.br

Av. Ataulfo de Paiva 135/902, Leblon,
Rio de Janeiro 22440-901
(55) 21 2239-2408

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

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

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

Dalila Weber de Castilho

dalilawcastilho@gmail.com

R. Ministro Otávio Kelly 465, Jardim
Icaraí, Niterói 24220-301
(55) 21 2714-3728 / 9871-6527

Daniela Chaves de Almeida Pigozzo

dcapigozzo@gmail.com

Av. Rui Barbosa 29/206, São Francisco,
Niterói 24310-005
(55) 21 3062-1300 / 8127-1121

Elaine Cunha dos Santos

fioglobal@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

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

Fernanda Carvalho Guimarães Cardoso

nandacgc@gmail.com
R. Visconde de Pirajá 550/1806 e 1807, Ipanema, Rio de Janeiro 22410-002
(55) 21 2294-5779 / 9649-0115

Gabrielle Sidrim de Carvalho

gabisidrim@gmail.com
R. Evaristo da Veiga 35/1707, Centro, Rio de Janeiro 2240-1833

Jane Chapetta

arlettejane@ig.com.br
Laranjeiras, Rio de Janeiro
(55) 21 9866-9552

Lavinia Achtschin Milward

fisiomane@uol.com.br
R. Otávio Carneiro 100/510, Icaraí, Niterói 24230-191
(55) 21 2710-6672 / 2612-1279

Liliane Del Bosco de Menezes

lilidelbosco@hotmail.com
Av. Ayrton Senna 2150/203 e 204 bl. G, Casashopping, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro 22275-900
(55) 21 3325-8126

Luciana de Moraes Costa Zappulla

luzappulla@globo.com
Av. Ayrton Senna 2150/203 e 204 bl. G, Casashopping, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro 22275-900
(55) 21 3325-8126 / 3326-4108

Marcelo de França Moreira

mfmfisio@hotmail.com
Tijuca, Rio de Janeiro
(55) 11 8193-9581

Maria Cristina Souza Sá de Castro

cristinasscastro@hotmail.com
Recreio, Rio de Janeiro
(55) 21 8269-0787

Maria Djanira de Paula Rosa

djaniradpaula@hotmail.com
R. Conde de Bonfim 44, Tijuca, Rio de Janeiro
(55) 21 2284-9001 / 7828-5681

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

Natália Ramalho Rodrigues

fisio_nat@hotmail.com
R. Galvão Peixoto 80/304, Icaraí, Niterói 24230-090
(55) 21 9510-7320

Rosane Pires Serrano

rosane.serrano@yahoo.com.br
R. Lopes Trovão 52/307, Icaraí, Niterói
(55) 21 2722-1689 / 8015-9000

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

Simone Zonenschain

zonenschain@gmail.com
Copacabana, Rio de Janeiro
(55) 21 9647-2206

Soraya Simonelli

sorayasimonelli@gmail.com
Leblon, Rio de Janeiro
(55) 21 2529-2156

Thaís Pacheco de Araújo

thaispachecoaraujo@gmail.com
Av. Almirante Tamandaré 234, Piratininga, Niterói 24350-380
(55) 21 2714-9043 / 9868-6827

Thaís Telma Silva de Souza

ttsouza21@yahoo.com.br
Av. Ataulfo de Paiva 135/303, Leblon, Rio de Janeiro 22440-901
(55) 21 2249-2756 / 8133-6995

Verusca Adgemoff Miranda

veruskaam@yahoo.com.br
Botafogo, Rio de Janeiro
(55) 21 9517-4968

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. Licínio Cardoso 240, Chácara das Pedras, Porto Alegre 91330-470
(55) 51 3338-5241 / 9954-5078

Ariane Ethur Flores

arianeflores@uol.com.br
R. Ernesto Becker 1425, Rosário, Santa Maria 97010-140
(55) 55 3026-0134 / 9978-1363

Bernadete Merotto Benini

detebenini@hotmail.com
R. Cel. Lucas de Oliveira 336/802, Petrópolis, Porto Alegre 90440-010
(55) 51 3533-1452 / 8206-4889

Cristina Alice Gessinger

cguessinger@ibest.com.br
R. Júlio de Castilhos 2835/301, Centro, Uruguaiana 97510-311
(55) 55 3411-2221 / 9976-2234

Inez Pinto Cottens

icottens@hotmail.com
R. Dona Augusta 445/105, Menino de Deus, Porto Alegre 90850-130
(55) 51 9841-8241

Jorge Luiz de Souza

profepele@hotmail.com
R. Felizardo 750, Jardim Botânico, Porto Alegre 90690-200
(55) 51 3308-5862 / 9998-6970

Margareth Leyser

margaleyser@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

SANTA CATARINA

Titulares

Lisana Torres

lisanatorres@gmail.com

R. Vereador Guido Bott 35, Santa Mônica, Florianópolis 88035-130
(55) 48 3028-7707 / 9951-3793
R. Equador 277/101, Centro, Timbó 89120-000
(55) 47 3382-9593 / 9627-2502

Aspirantes

Ana Carolina Rangel Thomé Cordeiro

carolina.pib@gmail.com

R. Almirante Carlos da Silveira Carneiro 182, Agronômica, Florianópolis 88025-350
(55) 48 3228-2031 / 8414-6512

Mara Rúbia Borges de Almeida

contato@mararubia.com.br

Av. Desembargador Vitor Lima 260, Trindade, Florianópolis 88040-400
(55) 48 3269-6289 / 7811-6460

Nelci Aparecida Vieira

nelcivieira@uol.com.br

R. Almirante Carlos da Silveira Carneiro 182, Agronômica, Florianópolis 88025-350
(55) 48 3228-2031 / 3228-2877

Sandra Couto Nunes

fisio.sandraceuto@yahoo.com.br

R. Vereador Guido Bott 35, Santa Mônica, Florianópolis 88035-130
(55) 48 3028-7077 / 9632-9969

Simone Borgonovo dos Santos Lima

simborg@gmail.com

R. Roberto Ziemann 1050, Amizade, Jaraguá do Sul 89255-300
(55) 47 8462-5029 / 8488-5560

SÃO PAULO

Titulares

Alberto Abla Júnior

albertoabla@hotmail.com

Av. Paulista 648 cj. 1813, entrada 4, Bela Vista, São Paulo 01310-000
(55) 11 8224-8674 / 5579-8450

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 Luca

analuizaluca@uol.com.br

Av. Tiradentes 101/62, Centro, Taubaté 12030-180
(55) 12 3621-4100 / 9744-3251

André Eduardo Trindade

andretrindade@terra.com.br

R. Capote Valente 439 cj. 101/102, Pinheiros, São Paulo 05409-001
(55) 11 3063-2987 / 9878-8747

Andrea Amaral Castillo

deacastillo@hotmail.com

R. Deodoro Gonçalves 131, Jardim Paulistano, Sorocaba 18040-730
(55) 15 3388-7053 / 8102-3333

Beatriz Ocougne

bia@biaocougne.com.br

Alameda Gabriel Monteiro da Silva 436, Jardins, São Paulo 01442-000
(55) 11 3064-5049 / 9372-9652

Cecilia Stephan

ceciliastephan121@hotmail.com

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

Claudia Regina Fonseca

caufonseca@uol.com.br

Vila Elvira, São Paulo
(55) 11 9689-0702

Cristina Faria Westphal

crisfw@yahoo.com

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

Dulce Maria Neves Alario Estevam

dulcealario@hotmail.com

R. da Consolação 3367 cj. 23, Jardim Paulista, São Paulo 01416-001
(55) 11 3085-8556 / 7338-5006

Eliane Bio

elianebio@uol.com.br

R. Joaquim Antunes 767 cj. 93, Pinheiros, São Paulo 05415-012
(55) 11 3086-3151

Enio Lopes Mello

enio.mello@superig.com.br

Itaim, São Paulo
(55) 11 3031-1345

Giuliana Galhardi Apuzzo

gapuzzo@uol.com.br

R. Dardanelos 108/101B, Alto da Lapa, São Paulo 05468-010
(55) 11 3647-8385 / 8111-4419

Jane A. Ciconelli Figueiredo

janefigueiredo@terra.com.br

R. José Jannarelli 199/154, Morumbi, São Paulo 05615-000
(55) 11 3722-3916 / 9634-2862

Josiane Izaias Paulino Mila

josiane.fisio@uol.com.br

R. João Alvares Soares 1983, Campo Belo, São Paulo 04609-005
(55) 11 5686-9494 / 7105-9893

Kátia Oberding Kokron

katiakokron@terra.com.br

R. Alves Guimarães 462 cj. 123, Jardim América, São Paulo 05410-000
(55) 11 3063-2061 / 9357-8790

Lais Cristina Piccinini Costenaro

laiscostenaro@uol.com.br

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

Lisandra de Oliveira Sposati

lisposati@ig.com.br

R. Joaquim Antunes 767 cj. 93, Pinheiros, São Paulo 05415-012
(55) 11 2613-1042 / 3085-1525

Lúcia Campello Hahn

campellohahn@hotmail.com

Pacaembu, São Paulo

Luciana de Araujo Cazotti

lucianapilates@yahoo.com.br

R. Artur de Azevedo 1217/64, Pinheiro, São Paulo 05404-013
(55) 11 3083-4798 / 9114-2603

Margarete Primati

mprimati@ig.com.br

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

Maria Angélica A. dos Santos

mangelsantos@uol.com.br

Av. 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.br

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

Maria Clara Bazan Menini

clara.bazan@uol.com.br

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

Maria Conceição Esteve

conchiesteve@gmail.com

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

Mônica Almeida Monteiro
moni-monteiro@uol.com.br
Higienópolis, São Paulo
(55) 11 3667-4088

Myriam Martins Novaes
myriamnovaes@msn.com
R. Coronel Souza Franco 1110, Carmo,
Mogi das Cruzes 08780-110
(55) 11 4799-2128 / 9161-9500

Nara Vieira Gomes Pereira
nara.vieira@terra.com.br
R. Major José Inácio 2711, Centro, São
Carlos 13560-161
(55) 16 3376-1668 / 9707-8190

Nícia Popini Vaz
niciapopini@superig.com.br
Av. Antônio Bataira 393, Alto de Pin-
heiro, São Paulo 05462-050
(55) 11 3031-9382 / 7633-2689

Presciliana Straube de Araújo
pstraube@uol.com
R. Peixoto Gomide 996/110, Cerqueira
César, São Paulo 01409-000
(55) 11 9192-0095

Renata Liye Matuo
tatamatuo@uol.com.br
R. Prof. Arthur Ramos 241 conj. 14,
Jardim Europa, São Paulo 01454-011
(55) 11 3813-1621 / 9635-5724

Rita Mayumi Kubo Wada
rita_wada@yahoo.com.br
R. Caçapava 49 cj. 24, Jardim Paulista,
São Paulo 01408-010
(55) 11 3083-1967 / 7283-0319

Silvana Cabral
silvana.cabral@terra.com.br
R. Visconde de Inhaúma 1241, Centro,
São Carlos 13560-190
(55) 16 3307-5386 / 9159-3583

Aspirantes
Aliz Maria Merenyi
ambmerenyi@gmail.com
R. Alves Guimarães 462 cj. 123,
Pinheiros, São Paulo 05410-000
(55) 11 6432-7621

Amanda Hiunes Rodriguez
ahrfisioterapia@gmail.com
R. José Jannarelli 199, Morumbi, São
Paulo
(55) 11 7514-0974

Camila Pereira Majolo
camilamajolo@hotmail.com
Av. São Guálter 1596, Alto de Pinheiros,
São Paulo 05455-002
(55) 11 9627-6349

Cassandra Santantonio de Lyra
cassandra.s.lyra@gmail.com
Jardim Esmeralda, São Paulo
(55) 11 9681-4941

Fernanda Helena Silveira
fisioclinicamm@uol.com.br
Rua das Palmeiras 178, Jardim São
Paulo, Campinas 13468-030
(55) 19 3405-4104 / 9788-2822

Giovana Battazza Prada
giovanabattazza@uol.com.br
Alameda Rio Negro 911 cj. 703,
Alphaville, São Paulo 06454-000
(55) 11 4195-1693 / 7887-3789

Maria Luiza Coimbra
mluizac1@hotmail.com
Av. José Bonifácio 105, Jardim Flam-
boyant, Campinas 13091-140
(55) 19 3295-2664 / 8142-6608

Tatiana Higaki
tatihigaki@gmail.com
R. Abatirá 25 lj. 11, Jardim Prudência,
São Paulo 04364-010
(55) 11 2877-7847 / 7738-5126

AUSTRÁLIA

Titular
Flávio de Grandis Puchalski
flaviodegrandi@hotmail.com
Unit 10/1 Philip Av., Broadbeach, Gold
Coast - QLD 4218
(61) 07 5679 3765

A APGDS no mundo

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

BRASIL
Presidente: Renata Ungier
Contato: contato@apgds.com.br

FRANÇA
Presidente: Philippe Campignon
Contato: Lori Campignon - apgds@wanadoo.fr

BÉLGICA
Presidente: Véronique Donadille
Contato: APGDS_BEL@hotmail.com

ESPAÑA
Presidente: Tereza Alvarez
Contato: alvarezth@hotmail.com

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

SUÍÇA
Presidente: Florence Schwab
Contato: florence.schwab@bluewin.ch

Normas de Publicação da Revista Olhar GDS

ARTIGOS E RELATOS DE CASO

PREPARAÇÃO DOS ORIGINAIS

Página de apresentação

A primeira página do texto traz as seguintes informações:

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemplo 1: Os estudos de Hodges et al. (1997, 2000, 2001) sobre a solidariedade entre diafragma e transversos do abdômen, tanto nas tarefas posturais quanto nas respiratórias, reforçam a posição de Denys-Struyf (1997) e Campignon (2001), que situam ambos os músculos na mesma cadeia músculo-aponeurótica.

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

Resumo, palavras-chave e referências

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

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