

O método de cadeiras musculares e articulares de GDS: uma abordagem somática

Adriane Vieira

1997

Introdução

Profissionais da área da saúde, insatisfeitos com os métodos clássicos, procuram novas formas de compreender e abordar o ser humano. Este, por sua vez, não encontrando soluções para seus problemas nas terapias tradicionais, passa a procurar outras formas de tratamento. Surgem, assim, novos métodos, vinculados aos paradigmas pós-positivistas ou pós-modernos, no qual o ser humano passa a ser abordado como um ser uno e indivisível. Pelos bons resultados e pela grande procura, pesquisadores têm-se dedicado a investigá-los e, por conseqüência, tornam-nos cada vez mais aceitos no meio acadêmico.

No âmbito das técnicas corporais, nas quais se enquadram a Fisioterapia, a Educação Física, a dança, os esportes, algumas áreas da Medicina, dentre outras, vários métodos concordes à abordagem somática têm sido desenvolvidos. Diferem das abordagens clássicas por não aceitar a dicotomia entre corpo e mente e por defender uma prática holística.

A abordagem somática, vinculada ao paradigma pós-positivista, dedica-se ao estudo de práticas corporais que valorizam as percepções internas do indivíduo, com o intuito de permitir uma utilização corporal mais consciente.

Este trabalho pretende discutir os métodos desenvolvidos por Kabat, Mézières, Piret & Béziers e Denys-Struyf que tem sido difundidos e utilizados na Fisioterapia e que se mostram concordantes com a abordagem somática. O método que será mais abordado é o de Cadeiras Musculares e Articulares de Godelieve Denys-Struyf, que se estruturou a partir dos demais.

A abordagem somática

Ramos (1994) faz uma divisão dos modelos que têm determinado nosso conceito de saúde e de doença no decorrer da história, dividindo-os em: primitivo, grego, cartesiano, romântico, biomédico e holístico; de acordo com a época e com as prerrogativas subjacentes.

O modelo biomédico, vinculado ao paradigma positivista e ao modelo cartesiano, predomina em todas as áreas da saúde desde o fim do século XIX, tendo como ênfase a pesquisa experimental e a classificação universal das diferentes patologias e dos padrões fisiológicos de saúde (medidas de pressão arterial, temperatura e outros). Busca-se uma etiologia específica para cada doença e, tecnologias avançadas e o uso de laboratórios, vêm permitindo um avanço constante na descoberta de tratamentos e identificação de diferentes patologias. Para tanto, foi necessário uma fragmentação do ser humano em sistemas relacionados, mas relativamente independentes, perdendo-se, muitas vezes, a noção de unidade do mesmo.

Na segunda metade do século XX, torna-se vigente um novo modelo denominado holístico com prerrogativas bem distintas do modelo biomédico, vinculado aos paradigmas pós-positivistas ou pós-modernos. Em tal modelo, procura-se abordar o ser humano como um todo, não o reduzindo a vários sistemas — pois os considera interdependentes — e se busca a cura através da compreensão de como as partes agem sobre o todo. Os métodos de pesquisa utilizados são normalmente qualitativos, não se pretendendo generalizar os resultados, mas estudá-los em profundidade. Segundo Pietroni (1988), a palavra holismo foi usada primeiramente por Smuts em 1928, no livro *Holism and Evolution*, para descrever os sistemas filosóficos que levaram em consideração os sistemas como um *todo* e não as suas partes. Smuts sugeriu que era importante estudar a maneira como as partes estão relacionadas, da mesma forma que era fundamental estudar as partes separadamente.

Nos Estados Unidos, na década de 70, pesquisadores envolvidos com questões corporais se vincularam ao modelo holístico e desenvolveram o que hoje é conhecido como a *abordagem somática*, que segue dois caminhos: um de cunho filosófico e outro voltado para o desenvolvimento e fundamentação de práticas corporais dentro de uma

temática holística. Hanna (1986a, 1988) foi o autor que mais se destacou na definição e denominação da mesma, tendo-se outros autores importantes, como Johnson (1983-92), Gomez (1988b), Kleinman (1990) e Juhan (1987).

Hanna (1988) privilegia a perspectiva da primeira pessoa, onde a ênfase é dada às percepções internas do indivíduo, ou seja, ao *corpo vivo*, ao corpo abordado de *dentro para fora*, favorecendo a tomada de consciência do indivíduo. Na abordagem tradicional, valoriza-se a perspectiva da terceira pessoa, de *fora para dentro*, predominando as percepções do terapeuta. Como coloca Kleinman (1990), a somática valoriza nossa fonte essencial de conhecimento: nós mesmos.

Johnson (1983-92) coloca que com o avanço da Medicina e das áreas de especialização, a responsabilidade e o saber sobre nossa saúde e bem-estar foram entregues a uma terceira pessoa, o profissional da saúde, e as percepções do sujeito passaram a ser desconsideradas. Para Johnson, é necessário que essa visão mude e que o indivíduo passe a responsabilizar-se pela sua saúde, de maneira que o terapeuta possa auxiliá-lo, mas que ambos tenham consciência de que a “cura” depende mais do indivíduo do que do terapeuta e de que aquele deve inteirar-se do processo terapêutico. Esta idéia também é defendida por Pietroni (1988), em seu livro *Viver Holístico*, tanto quanto valoriza a prevenção da saúde como mais eficaz e menos perigosa que as terapias “curativas” e recuperadoras. Gomez (1988b) enfatiza que a prática somática permite, através das vivências corporais, um despertar das sensações internas e da consciência cinestésica favorecendo, assim, o controle e a ativação de mecanismos de auto-regulação corporal.

Luijpen (1973), abordando a questão do corpo como mediador¹, coloca que, em certo sentido, *não temos um corpo*, e sim *somos um corpo*; nessa visão, o corpo passa de objeto a sujeito, sendo mudada a concepção de como interagir com a unidade corporeamente.

Quando o corpo é considerado um objeto separado do sujeito, qual ocorre na visão cartesiana, não se pode acessar a subjetividade do outro; mas, na visão somática, as expressões e os movimentos constituem-se em importantes dados acerca do

¹ A idéia do corpo como mediador foi primeiramente abordada pelos franceses Sartre, Marcel e Merleau-Ponty, sendo as colocações de Luijpen embasadas nesses autores.

indivíduo. Com isso, e em virtude dos métodos qualitativos, a subjetividade passa ao *status* de fonte de dados.

De forma sucinta, a abordagem somática pretende: [1] solicitar o discurso e ação na primeira pessoa do singular; [2] promover a consciência corporal e proprioceptiva; [3] reeducar os padrões habituais de movimento; [4] promover a saúde e o bem-estar; [5] utilizar uma técnica e uma prática somática; [6] enfatizar a unidade corpo-mente; e [7] embasar-se no paradigma pós-positivista (De Negri, 1995).

A Fisioterapia clássica, vinculada ao modelo biomédico, trata o corpo de forma segmentar, ou seja, tenta solucionar as alterações e patologias ósteo-articulares apenas pela visualização da “parte” (segmento) afetada e do “problema” a ser solucionado, atingindo, na maioria das vezes, a consequência e não a causa que gerou os sintomas dos quais o indivíduo se queixa. Apesar de essa abordagem vigorar, não responde, em muitos casos, à demanda do indivíduo, não conseguindo lhe devolver o bem-estar perdido. Percebendo essas limitações e buscando novas formas de atuação, surgiram, principalmente a partir da década de 70, métodos alternativos² de tratamento fisioterápico, com os quais se procura atuar sobre o corpo como um todo, visualizando-se o conjunto e não somente o segmento em sofrimento, tendo-se assim a mesma prerrogativa da abordagem somática.

Os métodos alternativos não foram desenvolvidos a partir da abordagem somática, mas estão de acordo com suas colocações, podendo-se, a partir dela, fundamentá-los teoricamente e fornecer novo parâmetro à investigação científica.

Na seqüência do texto, serão apresentados, os métodos precursores ao Método de Cadeias Musculares e Articulares de G.S.D., assim como o mesmo, a fim de justapô-los à abordagem somática.

² No contexto deste trabalho, as terapias alternativas se referem aos métodos e técnicas corporais que não se enquadram na perspectiva clássica da abordagem fisioterápica.

Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva

O Método de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP), desenvolvido por Kabat na década de 50, foi o primeiro a considerar a solidariedade muscular³ como forma de reestruturação do movimento, utilizando combinações de movimentos que estavam relacionados aos padrões primitivos e ao emprego de reflexos de postura e de endireitamento. Sua intenção era promover ou precipitar a reação de mecanismos neuromusculares através da estimulação dos proprioceptores.

Depois de extensivas observações no homem realizando várias atividades da vida diária, Kabat, Knott e Voss identificaram padrões de movimento específicos que acreditavam formar os substratos básicos ou linguagem do movimento. Esses movimentos raramente, se nunca, ocorriam em planos cardinais puros de flexo-extensão ou abdução-adição, e sim em planos diagonais-cruzados, parecendo ser esta a estrutura de base para construção de movimentos coordenados. Como o alinhamento topográfico das inserções musculares distais e proximais se apresentam de modo diagonal-cruzado, defenderam a idéia de que a função muscular ótima é obtida através de contrações musculares em direções diagonal e rotatória. (Shambes & Campbell, 1973).

Além disso, perceberam que as combinações mais eficazes eram aquelas que permitiam o alongamento máximo do grupo de músculos com certa afinidade entre si, tanto que o reflexo de estiramento podia ser extraído através de um padrão de características espiral e diagonal.

Segundo Voss, Ionta e Myers (1987):

« Kabat combinou movimentos para verificar a eficiência da resistência máxima e estiramento em facilitar a resposta de um músculo distal fraco por irradiação de um músculo proximal mais forte que esteja relacionado em função. Deste modo ele identificou padrões de

³ A solidariedade muscular está fundamentada na fisiologia do tecido muscular, o qual deve-se entender como uma entidade funcional constituída de um conjunto indissociável: o tecido conjuntivo fibroso (isto é, aponeuroses, tendões, tabiques intermusculares e intramusculares, etc.) e o tecido contrátil, incluído no tecido fibroso. Assim não existem contrações de músculos isoladamente, mas uma cadência de movimentos que se expande pelo corpo, e preconiza-se recorrer ao corpo inteiro ao tratarmos uma região específica. Chamamos de tabiques (ou septos) intramusculares as membranas de tecido conjuntivo que dividem o músculo em fascículos (perímísio) e a membrana que envolve cada fibra muscular (endomísio). Os tabiques intermusculares são as membranas externas de tecido conjuntivo que separam um músculo do outro (epimísio).

movimento em massa que eram de característica espiral e diagonal.»
(p.xiv).

Os “desenhos cinéticos” do método FNP, sem a resistência máxima, dando ênfase ao ritmo, à coordenação e à percepção do movimento são utilizados pelo Método de Cadeias Musculares e Articulares.

Mézières

A fisioterapeuta Françoise Mézières, na década de 60, criou um método de reestruturação do sistema locomotor, através do qual surgiu a noção de que um segmento em sofrimento é apenas a expressão particular de um conjunto de anomalias, sendo que a causa deve ser tratada em níveis freqüentemente muito distantes do problema que preocupa o paciente. Segundo Denys-Struyf (1995b), Mézières considerava que a causa primária das deformidades eram as lordoses, e estruturou seu trabalho com base na tensão existente nos músculos posteriores da estática⁴ — os quais chamou de cadeia muscular posterior — juntamente com os músculos rotadores internos da coxo-femural e o músculo diafragma. Para tratar essas alterações, fazia-se necessário alongar a cadeia posterior inteira, não adiantando alongar apenas um dos músculos desse conjunto, pois, se assim se fizesse, haveria compensações e, com isso, não se atingiria a principal causa do problema. Ao colocar a cadeia posterior em estiramento apareciam as “caretas”, ou seja, as formas incorretas devido à falta de comprimento da cadeia muscular. Foi na observação dos movimentos de seus pacientes, na colocação dos mesmos em posturas de alongamento global e na manutenção de uma simetria nessas posturas que se baseou seu trabalho.

Segundo Denys-Struyf (1991), as posturas Mézières se particularizam por torções (sendo chamadas de “posturas esporóides”), e considera este o fator principal em seu tratamento. A idéia de cadeia muscular foi também utilizada por Denys-Struyf;

⁴ Segundo Thérèse Bertherat (1986), Mézières considerava o excesso de força dos músculos posteriores como os responsáveis por todas as deformidades do sistema ósteo-articular, diferenciando-se das colocações feitas por Godelieve Denys-Struyf (1995b).

porém descreveu outras cadeias e considera que os problemas não estão somente na cadeia muscular posterior.

Bienfait (1987, 1995), um pesquisador dos desequilíbrios estáticos, foi um dos que procurou explicações fisiológicas para o método de tratamento utilizado por Mézières. Para ele, a anatomia do aparelho locomotor é fisiologicamente constituída por dois esqueletos: um esqueleto passivo-rígido, formado por ossos⁵ interligados por articulações que permitem sua mobilidade, e um esqueleto ativo, formado por um imenso tecido conjuntivo fibroso. Neste estão incluídos os elementos contráteis-motores (os músculos podem ser considerados o elemento motor do esqueleto fibroso), sendo que os músculos da estática — como os da cadeia posterior — são os responsáveis pelos desvios posturais, pois se densificam facilmente devido a sua maior tonicidade. Afirma ainda que a elasticidade do tecido conjuntivo depende unicamente de sua maior ou menor densificação⁶ e que as alterações posturais são conseqüências dessa perda de elasticidade, especialmente no que diz respeito às escolioses.

Coordenação Motora

Outro trabalho que tem como base a solidariedade muscular é o método de *Coordenação Motora*, de Piret e Béziers, desenvolvido na década de 60. Segundo essas autoras (1992):

«por trás da variedade dos movimentos da pessoa normal, adaptados a cada objeto e finalidade, podemos encontrar, inscrito na anatomia humana, um movimento de base, independente do objeto e do meio externo, que chamamos de movimento fundamental.» (p.12).

Esse movimento fundamental está baseado nos seguintes princípios:

⁵ É importante salientar que um osso vivo, muito diferente dos ossos mortos utilizados nos estudos de anatomia, é plástico, maleável e deformável. É um tecido conjuntivo densificado, com uma relativa elasticidade. Criam goteiras definitivas e podem deformar-se de acordo com as tensões musculares que atuam sobre eles.

⁶ A densificação do tecido conjuntivo ocorre devido à uma maior interligação das fibras colágenas, reticulares e elásticas, e ao espessamento da substância fundamental amorfa — que tornam-se mais “sol” do que “gel”.

[1] Certos músculos pluriarticulares são organizadores do movimento porque transmitem a contração aos músculos subseqüentes, monoarticulares, assegurando o início do trabalho destes. Por conduzirem o movimento de intervalo a intervalo, são chamados de músculos condutores. Cada um dos músculos condutores do movimento realiza seu trabalho a partir do precedente e assegura o trabalho do seguinte.

[2] O estado de tensão do corpo se baseia no tônus muscular, na organização dos músculos dois a dois (antagonistas) e na de todos os músculos entre si, constituindo-se, assim, a coordenação motora. O estado de tensão é constituído de unidades de coordenação que, ao reunirem-se, tencionam todo o corpo.

[3] Há cinco unidades de coordenação, sendo elas: as transacionais, representadas pelos quatro membros, onde as três dimensões no espaço são indissociáveis e a de enrolamento, representada pelo tronco e pela cabeça, que tem duas formas, uma vez que as três dimensões no espaço são dissociáveis.

[4] Cada unidade de coordenação se relaciona com sua unidade de coordenação vizinha por encaixe de um elemento esférico e pela ação dos músculos pluriarticulares e monoarticulares que a envolvem. A forma das superfícies articulares e a disposição dos músculos, em particular os pluriarticulares, favorecem a torção dos segmentos ósseos, uns em relação aos outros, durante seus deslocamentos. Essa torção gera uma tensão que dá ao segmento considerado sua estrutura e sua forma.

[5] A coordenação motora nos permite compreender o movimento como um todo organizado, capaz de situar-se paralelamente ao psiquismo, com ele e perante ele.

O tratamento proposto pelas autoras se embasa na atuação sobre o movimento fundamental, isto é, consideram que através da facilitação por parte do terapeuta e da participação do paciente é possível modificar a imagem que este tem do seu corpo e fazer com que ele adquira uma nova maneira de utilizá-lo, levando-o a uma reorganização do movimento e devolvendo aos tecidos sua textura correta: o importante, então, não é tonificar, mas sim colocar os músculos numa posição de funcionamento na qual possam se equilibrar espontaneamente.

Denys-Struyf (1991) destaca três noções básicas advindas dos conceitos utilizados por Piret e Béziers: a) as tensões e as torções presentes nas unidades de coordenação determinam a estrutura e a forma do corpo; b) a forma do corpo é influenciada pelo gesto; e c) o gesto está ligado às estruturas psíquicas do indivíduo.

O Método de Cadeias Musculares e Articulares (G.D.S.)

O Método de Cadeias Musculares e Articulares foi desenvolvido, na década de 70, pela fisioterapeuta belga Godelieve Denys-Struyf a partir dos estudos de outros métodos, em especial os de Kabat, Mézières e Piret & Béziers. Além disso, buscou uma relação entre os constituintes psicológicos e a estrutura corporal do indivíduo, e sua influência no processo terapêutico. Por ser um método muito abrangente será apresentado sucintamente, destacando-se os aspectos pertinentes a este trabalho.

Os pressupostos básicos do método G.D.S. são:

[1] Conceituação de dez unidades de complexos musculares — cinco de cada lado do corpo, indo da cabeça às mãos e aos pés, conhecidas por *Cadeias Musculares*, ou *Cadeias de Tensão Miofacial*⁷. Determinam a interdependência de todas as partes do corpo sendo definidas como um conjunto de músculos que se tornam solidários uns aos outros, por encontrarem-se interligados por aponeuroses e recrutados, em seqüência, pelo reflexo miotático. Tais cadeias são designadas de acordo com seu posicionamento no corpo: ântero-mediana (AM), pósteromediana (PM), pósteromediana-ânteromediana (PA-AP), ântero-lateral (AL) e pósteromediana-lateral (PL).

[2] Conceituação de 5 unidades articulares, uma delas representada pelo tronco e a cabeça e as outras pelos quatro membros, revestidas de suas cinco cadeias musculares. As unidades articulares se solidarizam entre elas a partir da ação conjugada das cinco cadeias musculares, representadas em todos os níveis do sistema locomotor.

[3] O movimento advindo da coordenação motora das cinco cadeias musculares não gera uma forma perfeita, mas uma postura preferencial, onde o gesto, por sua modalidade e sua repetição, pode determinar uma atividade mais importante numa das cadeias. O excesso conduz à deformidade, e a forma incorreta é sinal de uma desorganização. Quando uma cadeia muscular domina uma região, esta é marcada com um sinal que lhe é próprio e que a caracteriza em relação às outras. A supressão total das dominâncias é impossível, pois as mesmas mantêm o gesto e a postura preferencial

⁷ O músculo e a sua fáscia.

como sendo a base da biotipologia. Entretanto, deve-se lutar contra os excessos que conduzem à desorganização das unidades funcionais e à deformação.

[4] O psiquismo deixa seu sinal na modalidade do gesto, marcando, assim, as formas do corpo, uma vez que é do gesto que nasce a forma. Um outro fator que influencia a atividade de uma cadeia muscular, mas de uma outra essência, está relacionado às vivências da pessoa, tais como: esporte, trabalho, sedentarismo, traumatismos, intervenções cirúrgicas.

[5] A biotipologia é a resultante entre o vivido e a personalidade fundamental do indivíduo. Encontramos na criança, mais facilmente, um tipo psicomotor puro; no adulto, a influência das vivências são maiores, afetando, muitas vezes, a biotipologia de base e a psicomotricidade do indivíduo.

[6] A observação morfológica minuciosa do paciente e a verificação do comprimento da cadeia muscular revelam as hiperatividades, os excessos, as carências e as discordâncias existentes no sistema neuro-músculo-esquelético, fornecendo a chave para sua reorganização. Para compreender o indivíduo, são analisadas todas as partes do corpo e considerados os aspectos psicológicos trazidos pelo paciente, assim como, sua história pregressa.

[7] A falta de comprimento pode explicar um bom número de deformidades. Essa falta de comprimento marca um período: o período onde a cadeia muscular dominante entra numa fase de excesso (hiperatividade) devido a fatores externos (traumatismo) ou internos (psicomotor). Nesse momento, podem surgir movimentos descoordenados e, se persistirem, a cadeia dominante pode gerar deformidades fixas no corpo do indivíduo. A deformidade, entretanto, não é necessariamente causada por falta de comprimento muscular; ela pode estar relacionada a questões psicológicas do indivíduo (que influenciam seus gestos), as quais podem, com o tempo, conduzir à perda da elasticidade muscular.

A partir desses pressupostos e da análise da postura, da biomecânica e da gestualidade de seus pacientes, dividiu as cinco cadeias musculares, de acordo com a ação predominante dos músculos que as compunham, em dois subgrupos:

– Um grupo com ação predominante no tronco, representado pelas cadeias musculares AM e PM — constituídas por músculos da estática (de sustentação) e PAAP — constituída por músculos da dinâmica, dando ritmo e equilíbrio às precedentes;

– O outro, com ação predominante nos membros, representado pelas cadeias musculares AL e PL que são essencialmente dinâmicas e se unem a PAAP pelos músculos do tronco⁸.

Relacionando a gestualidade e a postura corporal com as características psíquicas de seus pacientes, Denys-Struyf observou que a dominância de uma determinada cadeia muscular correspondia normalmente a uma atitude psíquica específica. Assim, ela relacionou cada cadeia muscular a um constituinte psicológico⁹, podendo-se resumir da seguinte maneira:

– AM (setor afetivo): instintivo e estável, implica um sentimento durável, profundo, ancorado e imutável. A atitude determina uma orientação para o ego, a vida vegetativa e as sensações.

– PM (setor cerebral): do conhecimento racional e analítico, da conquista do saber. Situação de descoberta do espaço fora de si.

– PAAP (setor emotivo-impulsivo): móvel e instável, implica um sentimento fugitivo e sobretudo uma noção de “reação”, ponto de partida para um dinamismo, uma ação.

– PL (via centrífuga): relacionado à extroversão, exterioriza os estímulos.

– AL (via centrípeta): relacionado à introversão, interioriza os estímulos.

As três primeiras, relacionadas à verticalidade (posição ereta) do homem, expressam a personalidade do indivíduo; as últimas expressam a relação do indivíduo com o meio circundante. As vias relacionais são a base da personalidade adquirida e podem reforçar, harmonizar e desabrochar a personalidade fundamental do indivíduo, ou então, contrariar, parasitar e suscitar distúrbios na mesma. Tais distúrbios deixam suas marcas sobre os tecidos corporais e podem ser percebidos por uma análise da

⁸ Nos livros *Les Chaîne Musculaires et Articulaires* (1991) e *Cadeias Musculares e Articulares: O Método G.D.S.* (1995) encontra-se descrito os músculos que compõem cada cadeia muscular.

⁹ Denys-Struyf utilizou como referencial teórico, para relacionar as cadeias musculares com constituintes psicológicos, os seguintes autores: P. Bouts & C. Bouts (1931), L. Corman (1975), Gatien (1974) e J. Gaussin (1973).

postura e da mobilidade do indivíduo. No contexto do Método de Cadeias Musculares e Articulares, a análise com a pessoa começa pela observação de sua *expressão em pé*, ou seja, como e onde ela encontra equilíbrio na posição em pé natural¹⁰.

Assim, podemos encontrar, basicamente, três formas de equilíbrio no plano sagital em relação ao fio de prumo (quando colocado um pouco à frente do maléolo lateral) de acordo com a cadeia muscular predominante. Quando visualizamos, em relação ao fio de prumo, um deslocamento anterior (do corpo inteiro ou de alguns segmentos) esse se deve a uma tensão da cadeia muscular PM; quando o deslocamento é posterior (do corpo inteiro ou de alguns segmentos) há uma tensão da cadeia muscular AM e a manutenção dos segmentos na linha do fio de prumo, ou seja, alinhado com a vertical, representa a predominância da cadeia PAAP.

Em relação ao plano frontal, o indivíduo pode, basicamente, se mostrar de duas maneiras: tendo um corpo fino, estreito (tendendo a se “fechar”), que representa a tensão da cadeia muscular AL e tendo um corpo largo (tendendo a se “abrir”) que representa a tensão da cadeia muscular PL

Analisando o Método de Cadeias Musculares e Articulares vemos que se trata de uma filosofia de trabalho e uma forma de diagnóstico mais do que um método de tratamento fisioterápico. Enfatiza a avaliação e a compreensão das necessidades e dificuldades que o indivíduo apresenta, como um requisito básico para o tratamento. Denys-Struyf (1995a) diz que as técnicas devem se adequar às necessidades do paciente e não este à técnica, ou seja, devemos respeitar a individualidade do sujeito, a qual lhe permite desabrochar.

A proposta terapêutica de Denys-Struyf associa técnicas advindas de vários métodos, tendo em vista que cada cadeia responde a uma abordagem específica. Enfatiza os movimentos espiróides, pois considera que os mesmos possibilitam uma harmonização do tônus através da ação sincrônica das cinco cadeias musculares, fazendo-as atuar como uma orquestra.

¹⁰Outros formas de análise são utilizadas, mas não serão abordados nesse trabalho por não ser o objetivo do mesmo.

Resumidamente, pode-se dizer que o objetivo de Denys-Struyf (1995a) foi realizar uma abordagem mais individualizada da mecânica humana através de três enfoques principais:

[1] uma leitura da postura, do gesto e das formas do corpo;

[2] um método de conscientização (principalmente da estrutura osteoarticular), de ginástica e de utilização psicocorporal;

[3] um método de cuidados terapêuticos, de modelagem, de ajustamento osteoarticular e de regularização das tensões musculares.

Considerações finais

Os métodos citados acima têm em comum o conceito de solidariedade muscular, a partir do qual deve-se entender o tecido miofascial como uma entidade funcional inseparável. Evidencia-se, portanto, a importância da elasticidade do tecido conjuntivo, que envolve os músculos, na execução de movimentos coordenados. Juhan (1987), um pesquisador da linha somática, salienta os prejuízos causados às fibras musculares pela densificação do tecido conjuntivo, pois este lhes fornece sustentação, preenchimento, proteção e nutrição. Coloca, ainda, que essa densificação faz parte do processo normal de envelhecimento do tecido conjuntivo, mas pode ser amenizada pela manutenção de atividades físicas, mobilização e alongamento do tecido miofascial. A falta desses, entretanto, pode acelerar o processo.

Outro tópico enfatizado por esses métodos são os movimentos espiróides, ou seja, a predominância de movimentos estruturados em planos diagonais-cruzados. Apesar de Mézières não abordar diretamente este assunto, ao alongar a cadeia muscular posterior emprega torções nos membros, buscando um alongamento que abranja toda uma seqüência de músculos.

A proposta de trabalho e os pressupostos teóricos do Método de Cadeias Musculares e Articulares de G.D.S., assim como dos outros métodos discutidos, se vinculam, em vários aspectos, aos pressupostos levantados pela abordagem somática. Os mesmos consideram o indivíduo como uma unidade que não pode ser fragmentada numa abordagem terapêutica, e valorizam a sua participação no processo terapêutico, tornando-o consciente do trabalho realizado e possibilitando a aprendizagem e o conseqüente domínio do *eu corporal*. Para tal, são enfatizadas técnicas corporais que harmonizem o indivíduo pela mobilização e alongamento do tecido miofascial, desenvolvam a consciência corporal e proprioceptiva e solicitem uma participação ativa do indivíduo no processo terapêutico.

Os Métodos de Cadeia Muscular e de Coordenação Motora consideram, ainda, que os gestos corporais relacionam-se às questões psíquicas do indivíduo. Se o indivíduo não tiver consciência da sua gestualidade e utilizá-la inadequadamente, poderá criar alterações na sua estrutura corporal e expandi-las por todo o corpo através das interligações do tecido conjuntivo, causando problemas ou patologias que

influenciarão o indivíduo na unidade corpo-mente. Assim, uma abordagem terapêutica somática deve não somente harmonizar a estrutura corporal do indivíduo, como conscientizá-lo e ensiná-lo a apropriar-se do seu corpo através da valorização das suas sensações internas e de uma movimentação abrangente. A solidariedade muscular, principalmente através dos movimentos espiróides, pode auxiliar a reequilibrar as tensões e harmonizar os movimentos corporais, devolvendo uma gestualidade apropriada.

No Método de Cadeias Musculares e Articulares há uma proposta de análise morfológica que auxilia o terapeuta a compreender a estrutura psicocorporal do indivíduo, na abordagem somática a ênfase é dada ao discurso e ação na primeira pessoa do singular. Esses dois aspectos enriquecem o processo terapêutico e, por isso, devem ser utilizados; o primeiro, porque traz mais subsídios ao terapeuta para compreender o sujeito; o segundo, porque solicita a participação do sujeito, valorizando suas percepções internas e sua responsabilidade no tratamento sendo um incentivo à conscientização corporal e proprioceptiva.

Denys-Struyf (1995a), partindo da noção de que “o corpo é uma linguagem”, enfatiza que o importante é estar em condições de ver, ouvir, compreender e responder às mensagens gestuais e posturais do indivíduo, pois estas são “palavras” que, se ouvidas e compreendidas, contribuem para aliviar o desconforto humano, podendo conduzir à reconstrução da unidade psicocorporal harmoniosa do indivíduo. “*Desfazer é um passo, mas é preciso consolidar para obter resultados.*” (Denys-Struyf, 1995a - pg14).

Hanna (1988) enfatiza que qualquer abordagem terapêutica que não inclua a visão somática (primeira pessoa) e a visão fisiológica (terceira pessoa) é enganosa. O indivíduo pode tornar-se vítima de forças físicas e orgânicas, mas é também capaz de reagir e mudar a si mesmo. Assim, deve-se escutar o sujeito para perceber suas necessidades e ter conhecimento técnico para responder a tal demanda.

“O ponto de vista somático complementa e completa a visão científica do ser humano, tornando possível uma ciência autêntica que reconhece a totalidade humana: tanto o lado do eu consciente e do eu responsável, como o externamente observável lado ‘corporal’ (Hanna, 1988, p21)”.

Há outros métodos de trabalho corporal que estão inseridos na abordagem somática, tais como: Feldenkrais, Técnica de Alexander, Consciência Cinética e Eutonia, os quais, apesar de apresentarem uma prática diferenciada, estão inclusos num mesmo paradigma e têm prerrogativas semelhantes às citadas no decorrer do texto. Expande-se a várias áreas, portanto, as possibilidades relacionadas ao movimento — em especial à fisioterapia e à educação física — no que concerne a prática e fundamentação teórica. Cabe aos profissionais interessados nessa temática conhecê-la e utilizá-la, possibilitando a seus pacientes e alunos perceberem-se como um ser uno e participante e viabilizando a conscientização corporal.

Referências Bibliográficas

- BERTHERAT, T. *O Corpo Tem Suas Razões: Antiginástica e Consciência de Si* (10. Ed.) Colaboração de Carol Bernstein. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- BIENFAIT, M. *Fisiologia da Terapia Manual*. São Paulo: Summus, 1989.
- BIENFAIT, M. *Os Desequilíbrios Estáticos*. São Paulo: Summus, 1995.
- DE NEGRI, L. *Self-Perception and the Learning of Movement Skill in Dance and in Synchronized Swimming: The Effects of a Somatic Approach*. Dissertação de doutorado, The Ohio State University, 1995.
- DENYS-STRUYF, G. *Les Chaîne Musculaires et Articulaires* (4. éd.) ICTGDS, 1991.
- _____. *Cadeias Musculares e Articulares: O Método G.D.S*. São Paulo: Summus, 1995a.
- _____. *Le Manuel du Méziériste*. Paris: Frison-Roche, 1995b.
- GOMEZ, N. *Movement, Body and Awareness: Exploring Somatic Processes*. Montreal: Université de Montrea, 1988.
- HANNA, T. What is Somatics? *Somatics: Magazine-Journal of the Bodily Arts and Sciences*, 5(4), pp 4-8, 1986a.
- _____. *Somatics: Reawakening the Mind's Control of Movement, Flexibility, and Health*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1988.
- JOHNSON, D. *Body*. North Atlantic Books, 1983-92.
- JUHAN, D. *Job's Body: A Handbook for Bodywork*. Station Hill, 1987.
- KLEINMAN, S. Moving into Awareness. *Somatics: Magazine-Journal of the Bodily Arts and Sciences*, 7(4), pp. 4-7, 1990.
- LUIJPEN, W. *Introdução à Fenomenologia Existencial*. São Paulo: E.P.U., 1973.
- PIETRONI, P. *Viver Holístico* (2. Ed.). São Paulo: Summus, 1988.
- PIRET, S. & BÉZIERES, M.M. *A Coordenação Motora: Aspecto Mecânico da Organização Psicomotora do Homem*. São Paulo: Summus, 1992.
- RAMOS, D.G. *A Psique do Corpo: uma Compreensão Simbólica da Doença*. São Paulo: Summus, 1994.

SHAMBES, G. M. & CAMPBELL, S. K. Inherent Moviment Patterns in Man. In: *Kinesiology III*. Committee on Kinesiology of the Physical Education Division (American Association for Health, Physical Education, and Recreation): Washington, pp.50-58, 1973.

VOSS, D., IONTA, M. K. & MYERS, B. J. *Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva*. São Paulo: Panamericana, 1987.

Sobre a autora:

Adriane Vieira

Fisioterapeuta, mestre e doutora pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

adrianevieira@uol.com.br