

SUMÁRIO

Resumo	3
Abstract	5
1 INTRODUÇÃO	7
1.1 O Problema	8
1.2 Formulação da Hipótese	8
1.3 Importância do Estudo	8
1.4 Suposições e Limitações	8
1.5 Definições de termos ligados a este estudo	9
1.6 Recapitulação da Literatura	11
2 METODOLOGIA	23
2.1 Sujeitos	23
2.2 Levantamento de Dados	23
2.3 Examinadores	24
2.4 Tempo e Espaço	25
2.5 Procedimentos	25
3 RESULTADOS	30
3.1 Tabelas, Gráficos e Apresentação Estatística	30
Tabela 1 Diversidade da Locomoção	15
Tabela 2 Características dos Indivíduos	30
Tabela 3 Resumo do Estudo do Cliente 1	33
Figura 1 Percentual de Queixas	32
Figura 2 A Respiração como Queixa Secundária	32

Figura 3 Expressões e Bloqueios dos Sentimentos	34
Figura 4 Perimetrias	35
Figura 5 Relação entre as Zonas com Movimentos Inadequados e as Emoções Bloqueadas	36
Figura 6 Perimetria Mamária abaixo do Índice x Tristeza	37
Figura 7 Consciência Sensorial	38
Figura 8 Consciência Emocional	39
Figura 9 Consciência Sensorial x Consciência Emocional	40
4 DISCUSSÃO	41
4.1 Hipóteses Confirmadas e Não Confirmadas	41
4.2 Implicações Práticas e Teóricas	44
4.3 Conclusões	45
4.4 Recomendações	46
5 APÊNDICES	47
Apêndice 1 Tabela do I.R.P.M.	47
Apêndice 2 Capacidade Vital em cm³	48
Apêndice 3 Fluxo Respiratório	49
Apêndice 4 Tempo Soprado e Tempo Vocalizado	50
Apêndice 5 Perímetros	51
Apêndice 6 Avaliação Respiratório-Emocional	52
Apêndice 7 Classificação das Emoções	56
6 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

RESUMO

Este estudo examina uma forma de objetivar a mensuração respiratória em indivíduos com dificuldades emocionais. Ele partiu da seguinte premissa teórica e clínica: a emoção não só modifica a respiração, mas o seu bloqueio cristaliza padrões desarmônicos da respiração.

O suporte filosófico é fenomenológico; o neuro-anatomofisiológico compreende a análise da respiração como um sistema funcional; e o clínico vê a respiração como um comportamento psíquico observável; logo, o inconsciente manifesto no corpo.

Foram estudados 20 indivíduos entre 5 e 69 anos de ambos os sexos. A coleta de dados foi feita pelos terapeutas psicomotores destes mesmos indivíduos. Os dados subjetivos que visavam estudar os sentimentos, as expressões emocionais e os seus bloqueios, foram colhidos através de entrevistas, observações do corpo e do verbo, desenhos e testes projetivos. Os dados objetivos foram colhidos através de uma metodologia de mensuração simples, que verificava: o mapa respiratório e suas perimetrias, a capacidade vital em volume aéreo, a frequência em I.R.P.M., os ruídos, os tempos expiratório e vocalizado em segundos e o tipo de tórax.

Inicialmente os dados objetivos e subjetivos de cada indivíduo foram estudados, para verificar se a expressão ou não dos sentimentos, coexistia com desarmonias respiratórias. A coexistência foi verificada de várias formas, num percentual que variou entre 37% e 100%, como demonstram os resultados no corpo do estudo.

O estudo comparativo das emoções bloqueadas com as desarmonias respiratórias mostrou que existe uma correlação significativa. A análise

possibilitou verificar, que não há correspondência absoluta e exclusiva, entre determinado tipo de emoção bloqueada com uma área circunscrita do corpo.

Durante a realização desta pesquisa constatou-se a possibilidade de comparar a consciência sensorial de cada indivíduo, com a sua consciência emocional. Verificou-se que elas coincidem em 80% dos casos. Isto veio fornecer para os profissionais de saúde, um dado de diagnóstico importante.

O trabalho realizado demonstrou que a respiração pode ser mensurada de uma forma simples, com material universal, barato e de fácil manejo.

A metodologia que foi utilizada fornece para os profissionais da saúde, material de fácil documentação para a análise da respiração, da consciência sensorial e da consciência emocional.

Os apêndices apresentam os índices que serviram de parâmetros e o protocolo utilizado na pesquisa.

ABSTRACT

This paper investigates a method to objectify respiratory mensuration in individuals with emotional difficulties. It was grounded on the clinical and theoretical premise that emotion not only changes respiration, but its blocking crystallizes disharmonious breathing patterns.

Its philosophical guideline is phenomenological; its neuro-anatomic-physiological one comprises the analysis of respiration as a functional system; its clinical guideline views respiration as an observable psychical behavior, thus, the unconscious manifested on the body.

For the research, psychomotricist therapists collected data on 20 individuals within the ages of 5 and 69, of both sexes, which they treated. Subjective data, intended for the study of feelings, emotional expressions, and their blocks, were collected in interviews, observations of the body and oral expression, drawings, and projective tests. Objective data were collected with a simple mensuration methodology, which checked the respiratory map and its perimeters, vital capacity (in volume of air), rate (in BPM), noises, exhaling and vocalizing time (in seconds), and type of thorax.

Initially, each individual's objective and subjective data were analyzed to check if the expression of feelings or lack thereof coexisted with breathing disharmonies. This coexistence was found in diverse manners, in a percentage varying between 37% and 100%, as the results in the body of this work demonstrate.

The comparative study of blocked emotions and disharmonious breathing patterns showed the existence of a significant correlation. Further analysis allowed verifying that there is no absolute and exclusive correspondence

between a specific type of emotional block and a circumscribed area of the body.

During the execution of the research, the possibility to compare each individual's sensorial awareness with his or her emotional awareness was verified. It was discovered that they coincide in 80% of the cases. This equipped health professionals with a very important diagnostic data.

The work executed demonstrated that respiration can be measured in a simple manner, with inexpensive, universally used materials that are easy to handle.

The methodology used offers health professionals a material of easy documentation for the analysis of respiration, sensorial awareness, and emotional awareness.

The appendices show the indexes and rates applied as parameters and the evaluation record used for the research.

INTRODUÇÃO

10. O Problema

Psicomotricistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos são os que, na área de saúde, mais atuam e se preocupam com os distúrbios respiratórios. A Análise Bioenergética mostra que a respiração não só é vida, como nos mostra as formas diferentes de se viver.

A terapia é a arte de se fazer ciência. A arte está ligada ao jeito de cada um, e é carregada de subjetividade. A ciência é algo comunicável e verificável e, é nela que é preciso se apoiar com clareza.

Era necessário ver a respiração no processo terapêutico pela face científica e esta foi a proposição deste trabalho.

O problema que existia era a objetivação dos componentes físicos da respiração que são passíveis de observação sensorial através da visão, da audição, da interocepção e da propriocepção.

Sendo possível esta mensuração respiratória poderiam ser estabelecidas as relações psicofisiológicas?

Speads (1986), Reich (1975), Lowen (1984), Keleman (1992), Johnsen (1975), Gaiarsa (1994) E Lewis (1996) contribuíram de forma decisiva para a compreensão clínica da relação respiração x emoção. Não se encontrou no entanto nestes autores, uma forma de mensurar a respiração que permitisse avaliar e acompanhar a terapia.

Formulação da Hipótese

Com apoio nos estudos clínicos e teóricos feitos e partindo da premissa de que a emoção não só modifica a respiração, como o seu bloqueio cristaliza formas desarmônicas de respirar, a seguinte hipótese foi orientadora deste estudo:

As formas desarmônicas de respiração, oriundas de bloqueios emocionais, são passíveis de mensuração objetiva?

1.3 Importância do Estudo

Profissionais da área de saúde, sobretudo os que trabalham com terapia não medicamentosa, carecem de meios para avaliar e acompanhar o processo respiratório.

O objetivo deste estudo foi fornecer uma ferramenta simples e precisa para avaliar a respiração de um indivíduo e poder relacioná-la aos bloqueios emocionais existentes.

1.4. Suposições e Limitações

Para fazer este estudo admitiu-se que:

- a. A respiração de um indivíduo faz o corpo pulsar no mesmo ritmo da cabeça aos pés.
- b. A emoção afeta a respiração no seu ritmo e localização.
- c. A supressão da expressão emocional afeta a forma de respiração natural.
- d. A subjetividade é inerente às expressões emocionais

As limitações previstas neste estudo foram as de verificar na respiração:

- a. modificações bioquímicas
- b. aferições tecnológicas das curvas respiratórias
- c. relações que possam ser feitas a partir dos levantamentos realizados, mas que fogem ao objetivo da pesquisa

1.5. Definições de termos ligados a este estudo

Afásicos - portadores de uma afasia (enfraquecimento ou perda da faculdade de transmissão ou compreensão da linguagem falada por perturbação no S.N.C.).

Agnósicos - portadores de uma agnosia (perda da capacidade sensorial de reconhecer os objetos por perturbações no S.N.C.).

Antilocalizacionistas - adeptos da corrente que não aceita que as funções estejam localizadas em espaços anatômicos cerebrais específicos.

Apráxicos - portadores de uma apraxia (incapacidade de executar os movimentos apropriados a um determinado fim, conquanto não haja paralisia).

Capacidade Vital – (C.V.) o resultado em cm^3 de uma expiração forçada após uma inspiração também forçada.

Coconstrução – forma de trabalho em que terapeuta e cliente constroem juntos uma avaliação.

Emoção - (e = para fora + moção = movimento) movimento do sentimento para fora.

Espirômetro - aparelho para medir o volume de ar expirado.

Expiração - movimento do ar para fora do corpo.

Eutônico – / eu do grego = bom /- tônus bom

Geometria - ciência que faz parte da matemática e tem por objeto o estudo rigoroso do espaço e das formas.

Gleitzel mirror - placa de metal para verificar e medir o fluxo expiratório através dos resíduos de umidade.

Goniômetro – instrumento para aferir ângulos anatômicos.

Inato -algo que tem origem congênita (nos genes) e/ou na fase intra-uterina (durante a gestação) e/ou no período pré-natal (momento do nascimento).

Inspiração - movimento do ar para dentro do corpo.

IRPM - índice de respirações por minuto.

Localizacionistas - adeptos da corrente que localiza funções específicas em um determinado espaço anatômico cerebral.

Objetivação - ato de objetivar, nas correntes dialéticas contemporâneas, o processo pelo qual a subjetividade ou consciência humana se corporifica em produtos avaliáveis para ela e para os outros, como elementos de um mundo comum.

Psicomotricidade - é uma ciência que tem por objeto o estudo do Homem através do seu corpo em movimento, nas relações com o seu mundo interno e externo.

Ruído respiratório – som audível proveniente da atividade respiratória

Sensível - da ordem dos sentimentos.

Sensorial - da ordem das sensações.

Sinal – aquilo que serve de advertência ou que possibilita conhecer, reconhecer ou prever alguma coisa.- (*signum* de origem européia *sek nom* = marca feita por um corte).

Sintoma - qualquer fenômeno ou mudança provocada no organismo por uma doença, e que, observado por meio de sinais, ou pelo paciente, permitem

estabelecer um diagnóstico. - (do grego *syn* = simultaneidade + *pipto* = eu caio, logo - caio junto com isto)

Teoria: vem do grego *theoros* = ser espectador. A teoria é um ver concentrado e repetido, um ver que sabe ver e que inventa meios de ver cada vez melhor.

Tipos de tórax: reto (90°) / agudo (-90°) / obtuso ($+90^\circ$)

10. RECAPITULAÇÃO DA LITERATURA

Para situar este trabalho, a revisão bibliográfica foi feita dos pontos de vista filosófico, neuro-anátomofisiológico, clínico e físico. Um sucinto passeio pela história permitirá entender a que esta pesquisa se propôs - mensurar no corpo físico as modificações respiratórias oriundas de bloqueios emocionais

a) Percurso filosófico de visão corpo e mente.

Desde os tempos de Hipócrates (IV a.C.) já existia o postulado de que o corpo influencia a mente e a mente influencia o corpo. Este princípio interacionista hipocrático governou o pensamento médico até a chegada do cartesianismo.

A doutrina de René Descartes (1644), filósofo e matemático francês, diz que a mente é uma substância, sendo o corpo operado mecanicamente de maneira independente. É dele a frase “Eu penso logo eu existo”. Influenciado

pelo cartesianismo, Berkeley (1703) lançou a sua teoria idealista ou mentalista que propunha haver apenas fenômenos mentais no Universo.

Em oposição aos idealistas no final do século XVIII, La Mettrie (apud Merleau Ponty, 1975) afirmava que o pensamento era resultado de processos mecânicos cerebrais e do restante do S.N.C. Cabanis (apud Merleau Ponty, 1975). Logo após declarava que “o cérebro é o órgão do pensamento secretando pensamento como o fígado secreta à bÍlis - logo a função do cérebro é pensar”.

Maurice Merleau Ponty (1908-1961), um dos filósofos franceses mais importantes do século XX foi, com Jean Paul Sartre um dos fundadores da revista “Les Temps Modernes”. Ponty é, seguidor da fenomenologia, sistema do filósofo alemão Edmund Husserl que se caracteriza principalmente pela abordagem dos problemas filosóficos segundo um método que busca a volta “às coisas mesmas”, numa tentativa de reencontrar a verdade nos dados originários da experiência. A obra de Merleau nos revela que um pensamento em perpétua evolução está constantemente dirigido ao concreto e à ação. Sua visão de corpo e mente fica clara em uma de suas apresentações no College de France. “O sujeito perceptivo não tem jamais a experiência de suas próprias percepções a não ser manejando o seu corpo, o qual não é para ele transparente e cuja operação lhe escapa em grande medida: só o resultado, a coisa, o mundo, lhe apetece em plena claridade”.

É uma verdade incontestável, realmente nada existe na nossa mente que não tenha passado pelos sentidos e pela ação.

Para Merleau Ponty quando a psicologia clássica descrevia o próprio corpo lhe atribuía coisas incompatíveis com o objeto externo em si, porque esta via o corpo físico como um objeto. Acreditava ela que o corpo, por exemplo, só se diferencia de um vaso ou de uma cadeira, porque ele se percebe constantemente, enquanto o vaso ou a cadeira param de ser percebidos, quando

o corpo se afasta deles. É nesta visão da percepção constante, próprio e interoceptiva que o filósofo se apóia para rejeitar a filosofia mecanicista da psicologia tradicional. Para ele, a gênese do corpo objetivo deve ser vista no que o corpo significa em um determinado movimento, e olhar o indivíduo nos revelará então tanto a pessoa perceptiva como a forma em que o mundo é percebido por ela.

A visão do autor sobre o corpo, e sintetizada em uma de suas frases, apóia filosoficamente a proposta desta pesquisa que é a de ver como a respiração presente no corpo vivo transparece a sua emoção: “O próprio corpo está no mundo como o coração no organismo, mantém continuamente em vida o espetáculo visível, o anima e o alimenta interiormente, forma com ele um sistema” único.

Como seres humanos somos um organismo e como a palavra nos diz: um sistema, uma estrutura organizada. Por vezes encontramos estruturas que se mantêm vivas de maneira caótica, e isto é visto não só em nós, seres humanos, mas em estruturas sociais também.

No projeto deste estudo acreditava-se que o pensamento de Fritjof Capra e de Karel Kosik serviriam para embasar a pesquisa, mas, a contribuição de Merleau Ponty, por ser mais holística, alimenta de forma mais adequada os objetivos da pesquisa.

Logo – foi a visão filosófica fenomenológica que norteou este trabalho.

b) Percurso da visão neuro-anatomofisiológica da respiração

Por muito tempo acreditou-se que o comando da respiração era feito por um local anatômico no centro S.N.C. do tamanho da cabeça de um alfinete.

No final de século XIX quando predominava a visão localizacionista, Broca, em abril de 1861, após um estudo anatômico *post-mortem*, de um de seus pacientes afásicos, determinou que o centro da fala articulada estava situado no terço posterior da circunvolução frontal inferior do hemisfério esquerdo. Broca concluiu um de seus discursos com uma nota patética usando as seguintes palavras “Muito cedo será comprovado que as funções intelectuais estão associadas a áreas localizadas no cérebro, e a visão de que as funções intelectuais estão demarcadas no cérebro como um todo, será rejeitada. Será muito provável que cada função específica esteja localizada em uma circunvolução cerebral”.

Após o estudo de Broca outros autores determinaram outras localizações: Wernicke (1874) o do centro da compreensão da fala no terço posterior do giro temporal do hemisfério esquerdo; Bastian o da memória visual; Exner o da escrita e Broadbent o da ideação. Provavelmente os localizacionistas teriam feito o mesmo com a respiração.

Anokhin, fisiologista russo antilocalizacionista, nos meados do século XX, introduziu o conceito do Sistema Funcional discutindo antes os conceitos que a palavra “função” tinham até então, e que eram de sentidos completamente diferentes. De um lado significando a atividade executada por um órgão ou tecido, como por exemplo, o pâncreas produzindo insulina. Por outro lado, ainda na biologia, mais especificamente na fisiologia das atividades altas do S.N.C. e em psicologia, função tem um outro significado, ela é uma atividade adaptativa complexa do organismo, dirigida para a execução de uma tarefa fisiológica ou psicológica. É neste sentido que são entendidas a função da locomoção, a função da respiração e as funções intelectuais.

Em todos estes processos estamos realizando uma forma de atividade que pode ser feita de maneiras diferentes, o que requer que o organismo determine o

meio de execução. Observar e analisar o ato da locomoção mostra de forma clara, a diversidade de maneiras em que ela pode ser feita. Vejamos:

Tabela I Diversidade da Locomoção

VARIÁVEIS	POSSIBILIDADES
VELOCIDADE	Rápida, moderada, lenta
DIREÇÃO	Para frente, para trás, para direita, para baixo, para cima
POSIÇÃO	Deitado de barriga para cima ou para baixo, sentado, de quatro, de pé, na ponta dos pés
TÔNUS	Hipotônico, eutônico, hipertônico
SENTIDOS	Pela visão: escuro, penumbra, claro Pelo tato dos pés: chão empedrado, liso, arenoso, quente, morno, frio Pela audição: ruídos variando entre 120 db e 50 db, silêncio total
OBJETIVO	Maravilhoso, péssimo, razoável, inevitável
SENTIMENTOS	Alegre, triste, intimidado, belicoso, raivoso, amedrontado
SAÚDE ORGÂNICA	Saudável, convalescente, doente
SAÚDE EMOCIONAL	Saudável, neurótico, psicótico

Observar a locomoção do indivíduo (A) que é neurótico, do tipo obsessivo, com boa saúde orgânica, raivoso, rumo a um objetivo belicoso e inevitável, sobre um solo quente e pedregoso, cercado por um ruído de 100db, na penumbra, hipertônico e correndo rapidamente para frente, é bem diferente

do que observar a do indivíduo (B) que é saudável emocionalmente, com boa saúde orgânica, tendo apenas um machucado no dedo anular da mão esquerda que está cicatrizando, alegre e apaixonado rumo a um encontro maravilhoso com a amada, em um final de tarde ainda ensolarado sobre uma relva fresca, o cantar dos pássaros em revoada, eutônico, numa caminhada em ritmo moderado para frente e por vezes saltitando para os lados.

Os dois exemplos, a partir das nove variáveis expostas, deixam claro que a locomoção é um SISTEMA FUNCIONAL. Outras considerações ligadas ao indivíduo e ao meio externo poderiam ser citadas e várias outras possibilidades de locomoção poderiam ser analisadas além das mais de 1 milhão, que estas nove proporcionam.

Então, para que haja locomoção ou respiração, vários mecanismos são acionados de forma diferente em vários locais do S.N.C.

A partir desta compreensão, Anokhin introduz o termo SISTEMA FUNCIONAL como a regra aparente da atividade humana: complexo na sua composição, plástico na variabilidade dos seus elementos e possui a propriedade de auto-regulação dinâmica. Eis porque percebemos, pensamos e respiramos de formas diferentes na dependência de cada momento.

A comprovação da teoria dos Sistemas Funcionais foi feita clinicamente pelo neurologista russo Aleksander Romanovich Luria com os seus pacientes apráxicos, afásicos e agnósticos, vítimas da Segunda Guerra Mundial. Os resultados dos seus estudos diagnósticos e terapêuticos estão divulgados em suas obras: *Restoration of Functions After Brain Traume* - Pergamon Press - Londres 1963; *El Cerebro Humano y los Processos Psiquicos* –Ed. Fontanella – Londres 1979; *El Cerebro en Accion* –Ed. Fontanella 2ª Ed. - Barcelona -1979.

A comprovação tecnológica neuro-anátomofisiológica certamente pode ser feita através do PET Scan. PET scan é uma abreviatura de Exame tomográfico pela emissão de pósitrons, uma tecnologia extraordinária. De um

modo geral um elemento que imite pósitrons radioativos é integrado a uma molécula que interage com o cérebro; por exemplo, a utilização da glicose do açúcar. As imagens do PET scan indicam quais as áreas do cérebro que estão ativas ou não durante uma determinada atividade.

A busca de uma publicação que utilizasse o PET scan para estudar a Respiração X Emoção pela Internet não teve sucesso. É possível que em breve isto seja possível, apesar dos poucos aparelhos à disposição no mundo para a pesquisa.

Este estudo assume que temos diferentes formas de respirar na dependência de fatores externos e internos. Ele também assume que diferentes locais do cérebro são ativados de formas diferentes no ato respiratório.

Logo - foi na visão da respiração como um sistema funcional que este estudo se baseou.

c) Percurso clínico na análise da respiração x emoção.

O estudo das formas de psicoterapia feito a partir de Sigmund Freud, nos ensina aspectos relevantes do INCONSCIENTE e das suas manifestações através dos lapsos de língua e dos sonhos.

Freud, apesar de neurologista, e de sua cliente Ana O. ter ficado parálitica por bloqueios emocionais, sempre trabalhou terapêuticamente com a palavra, exclusivamente no CAMPO DA PALAVRA - deixando de lado o corpo com seus significados e significantes. Seus discípulos mais diretos fizeram o mesmo, porém Reich, inicialmente seu aluno, mas depois opositor, estabeleceu com seus estudos clínicos que o inconsciente pode ser visto no corpo, e não só pelo que é expresso pela palavra.

Reich no seu livro *A Função do Orgasmo*, fez rápida progressão da esfera da psicologia unindo-a com a biologia, quando fala no capítulo VII da atitude muscular e da expressão corporal focando na respiração:

“Na respiração reduzida absorve-se menos oxigênio, de fato apenas o suficiente para a preservação da vida. Com menos energia no organismo, as excitações vegetativas são menos intensas e pois, mais fáceis de controlar. Vista biologicamente, a inibição da respiração nos neuróticos terá a função de reduzir a produção da energia no organismo e de reduzir a produção de angústia”.

Na descrição dos casos clínicos vemos que ocorre a redução da angústia e paralelamente a do prazer. O autor, face às perturbações respiratórias existentes, localiza-as sobretudo no *plexus* solar identificando a rigidez neste local. No seu trabalho clínico toca e massageia esta, entre outras regiões do corpo, onde a hipertonia ocorre. Entretanto, pode-se inferir através do trabalho de JOHNSEN que não só a hipertonia bloqueia a onda respiratória natural do corpo, mas a hipotonia o faz também.

Lowen, médico psiquiatra, inicialmente cliente e aluno de Reich durante 12 anos, foi largamente influenciado por ele e faz o diagnóstico do cliente através da leitura corporal dando atenção especial a três aspectos: respiração, movimento e a expressão dos sentimentos. Em uma de suas conferências assim fala da respiração:

“Por que tantas pessoas têm dificuldade em respirar? A resposta é porque respirar gera sentimentos e as pessoas têm medo de sentir. Elas têm medo de sentir sua tristeza, sua raiva e seu medo. Como crianças, elas seguram a respiração para parar de chorar, elas colocam os ombros para trás e enrijecem o peito para conter sua raiva, e comprimem a garganta para não gritar. O efeito de cada uma destas manobras é limitar e reduzir a respiração”.

A formação, a terapia e o estudo das obras de Lowen não deram à autora subsídios de aferição e/ou de comparação das características respiratórias dos neuróticos que pudessem ser científica e objetivamente comprovadas.

Não obstante forneceram técnicas terapêuticas de trabalho respiratório que tem ajudado, e muito, na facilitação da expressão emocional.

Keleman, neto de Freud e filho de Lowen na sua abordagem e pensamento clínico, apresenta no seu livro Anatomia Emocional contribuições importantes quanto à leitura da respiração. Mostra onde ocorre a respiração natural e como a movimentação do corpo se faz a partir do ar inspirado e expirado. Sabe-se que o volume de ar que vai para os pulmões é de cerca de 3200 c.c. numa respiração forçada de um adulto com cerca de 1,70 cm de altura. Este ar contido nos pulmões movimenta por contigüidade os outros órgãos do corpo e este movimento é facilmente visto pelo exterior em todo corpo e sentido com as mãos na cabeça e na sola dos pés.

A pesquisa deste autor estabeleceu um mapa da movimentação do corpo na respiração, mas não uma mensuração. No entanto, o seu estudo forneceu à autora bases para os locais de aferição métrica da pesquisa.

Souchard no seu livro RESPIRAÇÃO aborda a fisiologia, a fisiopatologia e a reeducação respiratória. Entre as etiologias das dificuldades respiratórias ele cita o stress e as causas de caráter neurológicas ou neuropsíquicas. Diz ele:

“O medo altera provisoriamente a respiração e a angústia altera-a de forma permanente. Na histeria pode-se encontrar espasmos tônicos no diafragma. Isto ocorre sempre no sentido do bloqueio inspiratório”.

A autora discorda: é a não expiração completa que traz o bloqueio inspiratório como tem mostrado a clínica, não só nos casos de componentes histéricos, como sobretudo nos casos de asma.

A vasta experiência da autora com os processos respiratórios, acompanhados ou não de distúrbios neuróticos, dá margem e mostra a necessidade, para que esta pesquisa foque na especificação da mensuração e do fluxo inspiração/expiração.

Para Gaiarsa, psiquiatra brasileiro, “inconsciente é tudo que meu corpo sente e faz sem que eu perceba, a sensação ou ação”. O autor brasileiro ironiza as fases freudianas da seguinte maneira: “Se levarmos a sério o que Freud dizia (fase oral, fase anal, fase genital) então o homem freudiano é um teratoma (tumor embrionário) que só tem de corpo e de alma o aparelho digestivo e o genital. Estranheza a mais: este homem que não tem tórax usa como instrumento quase exclusivo de comunicação a palavra – que nasce no tórax e não existe”.

Reich e seu discípulo Lowen mostram como nossas posturas, posições, gestos, funções e respirações, tem efeitos sobre nós mesmos e sobre os outros.

Seguindo a visão destes autores é indispensável raciocinar no outro sentido. Sabe-se que a FUNÇÃO FAZ A FORMA, e isto é largamente demonstrado na filogênese pela Teoria de Darwin. As possibilidades internas e externas é que determinam as respostas biopsicossociológicas de um indivíduo. As respostas que ele deu, as maneiras em que funcionou, ou pôde funcionar, foi modificando a sua forma: duro ou mole, curvado ou esticado, atirado para frente ou arqueado para trás.

É a partir destas formas que foram moldadas, pelas maneiras de responder aos vários estímulos da vida, que os indivíduos funcionam: falam, andam, agem, inclusive e, sobretudo respiram.

A respiração tem controles voluntário e involuntário. A sua observação como uma das formas de diagnóstico clínico é incontestável nas patologias somáticas e psicológicas. É o seu controle voluntário que viabiliza o trabalho

respiratório como coadjuvante na terapêutica somática, psicossomática e emocional.

A respiração é um comportamento psíquico observável.

Logo –foi na visão do inconsciente manifesto no corpo que se apoiou este trabalho.

d) Percurso da observação física da respiração feita por terapeutas.

Dentro da literatura especializada encontram-se vários autores já citados neste trabalho que se preocuparam em determinar a correlação respiração X emoção, e a trabalhar com este elo. Foi Johnsen a primeira a mapear o corpo levando em conta os componentes respiratórios.

Silleman Johnsen, psiquiatra norueguesa, utiliza o Muscular Respiratory Diagnosis (M.R.D.) de sua autoria para avaliar o cliente. A autora mapeia o corpo e a ferramenta utilizada são os seus dedos e a sua sensibilidade, vê a relação da consistência muscular com a pulsação respiratória, e a resposta que o corpo dá no ritmo respiratório após o toque que ela faz. Realiza após a correlação mente/corpo fixando as fases de desenvolvimento em que a pessoa sofreu os traumas. Nas palavras dela: “Eu me concentro no que as minhas mãos e as pontas dos meus dedos sentem, e no que meus ouvidos escutam, todo o tempo tendo na minha cabeça o perfil corpo/ mente do cliente”.

A psicologia no início do século XX inferia que os fenômenos sentimentais se processam no vazio. A quantificação de sentimentos como a raiva ou o amor não passa por fitas métricas, mas a respiração como participante destes sentimentos pode ser em parte quantificada, localizada e mensurada. Acredita-se nisto.

È necessário, sem dúvida nenhuma, que se obtenha uma forma simples e objetiva de mensuração, que não dependa de alta sensibilidade dos dedos e de larga experiência psiquiátrica e profissional como a que propõe a Dra. Johnsen. É imperativo que o material utilizado seja simples, barato, de uso universal e de fácil manejo.

Logo - foi utilizando uma mensuração física, simples e objetiva que se construiu este trabalho.

2. METODOLOGIA

10. POPULAÇÃO

A coleta de dados foi feita em 20 indivíduos, com a idade entre 5 e 69 anos, que fazem terapia na Clínica Beatriz Saboya. O grupo de idade é amplo porque a experiência mostrou que problemas emocionais ocorrem em todas as idades. Os indivíduos entre 0 e 5 anos não foram incluídos neste estudo porque dados subjetivos, retirados através dos desenhos, seriam perdidos com crianças desta faixa etária, pelo fato delas não se expressarem adequadamente ainda por este meio. Foram excluídos previamente da pesquisa os psicóticos, devido à dificuldade que apresentam em entrar em contato sensorial com o próprio corpo, e os indivíduos com problemas do inato ou do adquirido por trauma, que afetassem a integridade osteomúsculovisceral. Para esta exclusão foram levadas em conta os dados da entrevista inicial e os relatos feitos durante a terapia.

11. LEVANTAMENTO DE DADOS

Qualquer método de pesquisa seja quantitativo ou qualitativo possui pontos fortes e fracos. Os pesquisadores sempre se dividiram por suas preferências adotando ora métodos quantitativos ora qualitativos. Este estudo utilizou ambos: quantitativo quando mede e avalia a respiração, e qualitativo quando entra em contato e ocupa-se das emoções.

Foi utilizado um protocolo (anexado no apêndice 6) que registra os dados mensuráveis em relação à respiração, assim como a síntese das informações relativas à situação emocional do mesmo indivíduo.

Para determinar os sentimentos e as emoções expressadas adequadamente ou não por cada indivíduo, os seguintes recursos foram usados:

10. Entrevista pessoal observando o corpo e a palavra
11. Teste das cores de Luscher
12. e/ou HTP e /ou
13. Teste de Wartegg

Foram escolhidos três testes clássicos de projeção porque alguns indivíduos não gostam de desenhar, o que exclui o HTP e o Wartegg. O teste de Luscher cobre a pesquisa quanto à subjetividade para aqueles que se esquivam do grafismo e, por outro lado, complementa com outras informações sobre os que já realizaram os desenhos do HTP e/ou do Wartegg.

Os instrumentos são reaplicáveis nos indivíduos que fazem vínculo com o terapeuta, mas não são universais conforme exceções feitas no item 2.1.

2.3 EXAMINADORES

A coleta de dados nos procedimentos experimentais da pesquisa foi feita pela autora e por quatro profissionais da área de saúde, psicomotricistas com

mais de 10 anos de trabalho na equipe da autora do estudo e clinicam com a supervisão da mesma. Estes profissionais são terapeutas dos clientes que foram examinados o que facilitou a coleta de dados devido à relação de confiança existente. A construção feita na relação é que permite a aparição de indícios e de

relatos mais espontâneos e verdadeiros e, se não fosse o próprio terapeuta a recolher as informações, os dados subjetivos seriam perdidos para a pesquisa.

É óbvio, que o lado subjetivo só pode ser colhido na subjetividade.

10. TEMPO E ESPAÇO

O trabalho feito com cada cliente despendeu uma média de 3 horas distribuídas em 4 sessões de 45 minutos.

Após a aplicação do teste projetivo a análise foi realizada com a supervisão de um psicólogo com longa experiência na área e, o tempo gasto foi de 1 hora e 30 minutos.

As salas da clínica onde as coletas foram feitas não são iguais, a metragem varia entre 12m² e 18m². Todas possuem - um colchão ou uma cama de (+/- 2m²), uma mesa, um espelho grande (2m²) duas ou quatro cadeiras - um ou dois quadros na parede.

11. PROCEDIMENTOS

10. IDENTIFICAÇÃO Foi preenchida com os dados fornecidos pelo cliente, ou pelo responsável quando se tratava de criança.

11. LOCALIZAÇÃO

2. a Mapa do terapeuta

Foi marcados com listras largas os lugares de pouco movimento; com listras finas os de bom movimento e deixado em branco onde não havia movimento.

2.b Mapa do cliente

Foi pedido ao cliente que desenhasse o contorno do seu corpo e colorisse os lugares em que sentiu o seu corpo mexer com a respiração. Com crianças abaixo de 6 anos, o terapeuta fez o contorno do corpo num papel grande e o cliente coloriu onde sentiu o movimento com a respiração.

3. I.R.P.M. Foi cronometrado com o cliente deitado em supino, e sem que ele percebesse, quantas respirações ocorriam por minuto. A média aritmética foi tirada de 3 aferições.

4. CAPACIDADE VITAL

4. a Sentado

Foi medida com o espirômetro, estando o cliente sentado com as costas apoiadas no encosto de uma cadeira e os pés tocando o chão, ou um apoio se necessário.

4. b De pé

Foi medida com o espirômetro, estando o cliente de pé sem nenhum apoio.

5. FLUXO RESPIRATÓRIO

5. a Gráfico do Terapeuta

Foi desenhado o fluxo observando a amplitude e a frequência respiratórias.

5. b Gráfico do Pr

Foi pedido ao cliente que desenhasse o seu fluxo.

6. VIA O Espelho de Gleitzel foi utilizado para verificar as marcas dos fluxos nasais e suas diferenças, e a do fluxo bucal. A observação da respiração bucal foi feita também durante as outras atividades. Um (x) foi colocado onde ela ocorria.

7. RUÍDO

7. a Acordado

Observou-se a ocorrência de som audível durante a inspiração e/ou expiração

7. b Dormindo

Foi solicitada a ajuda de uma pessoa da relação do cliente para que fizesse a mesma observação enquanto ele dormia.

8. TEMPO EXPIRATÓRIO

8. a Soprado

Foi cronometrado o tempo máximo de expiração com o cliente soprando em um papel celofane (3 cm x 5 cm) na frente e próximo da boca.

8. b Vocalizado

Foi cronometrado o tempo de vocalização do cliente com as vogais /a/, /i/ e /u/.

9. TIPO DE TÓRAX

Foi utilizado o goniômetro para medir o Ângulo de Sharpy:

Reto (90°)

Obtuso (+ 90°)

Agudo (- 90°)

10. MOVIMENTAÇÃO DO GRADIL COSTAL Foi observada e marcada com um (x) onde ela ocorria, estando o cliente em supino.

11. TEMPO PARA RETORNAR À CALMA APÓS ESFORÇO.

Foi pedido ao cliente que pulasse de boca fechada e com os dois pés juntos, até esbarrar na fadiga. Quando ele parou foi cronometrado o tempo que levou para voltar ao IRPM da calma, já anotado no item 3. O nº de pulos dados foram anotados.

12. PERIMETRIA Foi verificado, com o uso da fita métrica, os perímetros na inspiração máxima, na expiração máxima e anotada a diferença entre ambas.

12.a Ápice - A fita passa por baixo das axilas tocando o ângulo inferior da incisura jugular.

12.b Mamária – A fita passa paralela ao chão na altura dos mamilos.

12.c Supra Abdominal – A fita passa paralela ao chão na altura das 10^{as} costelas.

12.d Infra Abdominal – A fita passa paralela ao chão, três dedos (do cliente) abaixo do umbigo.

13. DESARMONIAS ÓSTEO-MÚSCULO-LIGAMENTARES

Foram anotadas a partir das informações do cliente, ou do responsável quando se tratava de crianças ou adolescentes.

14. ESTADO EMOCIONAL

14.a Anotados os testes utilizados

14.b A síntese foi feita a partir da análise do/s teste/s utilizado/s e do que foi demonstrado ou verbalizado pelo cliente a respeito de seus sentimentos e das formas de expressá-los.

15. QUEIXAS Foram anotadas o/s motivo/s da busca de terapia e as outras queixas que surgiram durante a avaliação e/ou terapia.

16. OBSERVAÇÕES Foram anotadas as observações, feitas durante a avaliação e/ou terapia, quanto à expressão ou não expressão

dos sentimentos, bem como se a expressão era adequada ou modificada. Exemplo: O cliente estava triste e ria ou estava com raiva e chorava.

17. CONCLUSÃO Foram anotadas as conclusões tiradas pelo terapeuta.

18. ORIENTAÇÃO

Foi anotado, em síntese, o que o terapeuta sugeriu ao cliente durante a avaliação e/ou terapia.

3. RESULTADOS

3.1. TABELAS, GRÁFICOS E APRESENTAÇÃO ESTATÍSTICA

As tabelas, os gráficos e as apresentações estatísticas expostas a seguir fornecem dados que respondem à pergunta básica da hipótese (Tabela II, figura 1 e 3, Tabela III e figuras 4, 5 e 6), bem como outras que foram levantadas no decorrer da coleta de dados (figuras 2, 7, 8 e 9). Estas últimas só serão justificadas e explanadas na conclusão deste trabalho

Tabela II Características dos Indivíduos

Nº	NOME *1	IDADE	SEXO	QUEIXA/S *2
1	Maria	69	F	F+E
2	Fernanda	65	F	F+E
3	Saulo	61	M	F
4	Heloisa	49	F	C+F+E
5	Tatiana	49	F	E
6	Mariana	44	F	F+E
7	Marcos	38	M	F+E
8	Marly	36	F	E
9	Luiza	36	F	F+E
10	Hércules	33	M	C+F+E
11	Leona	28	F	E
12	Felícia	28	F	F+E
13	Martha	27	F	F+E

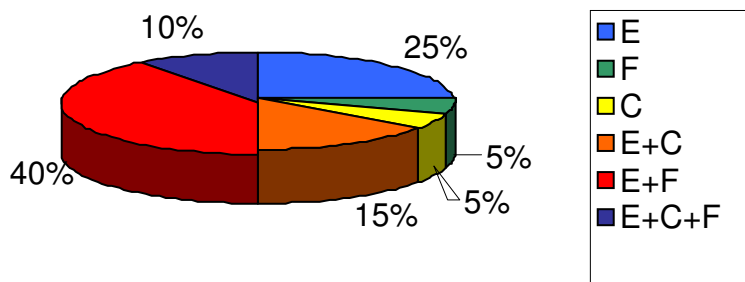
14	Bernardo	16	M	C
15	João	14	M	F+E
16	Luis	10	M	E
17	Pérola	8	F	E
18	Rodrigo	8	M	C+E
19	Guilherme	7	M	C+E
20	Nelson	5	M	C+E

*1 Nomes - Os nomes reais foram substituídos por fictícios para manter o sigilo quanto à identidade dos indivíduos.

*2 Queixa/s – Foram registradas as queixas relatadas pelos indivíduos, ou pelos responsáveis quando menores que 14 anos. Elas foram classificadas em: emocionais

(E) - as relacionadas com os problemas dos indivíduos consigo mesmos e/ou com os outros; cognitivas (C) – as relacionadas com as dificuldades dos indivíduos em adquirir habilidades intelectivas; físicas (F) as relacionadas com inabilidades, incômodos, desarmonias ou dores físicas.

FIGURA 1 - PERCENTUAL DAS QUEIXAS



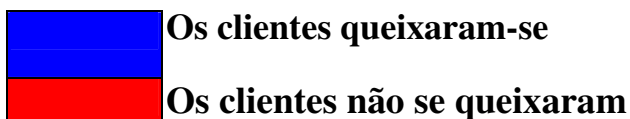
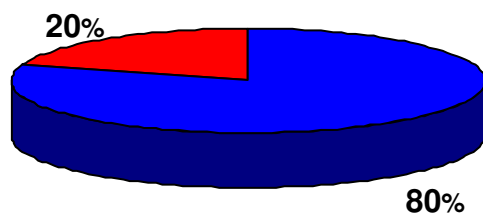
E= EMOCIONAIS

F= FÍSICAS

C= COGNITIVAS

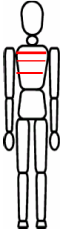



Este estudo foi feito a partir das queixas verbalizadas pelos clientes ou pelos responsáveis dos clientes, nos casos de indivíduos abaixo de 14 anos, na entrevista inicial e/ou durante a terapia. (item 15 do protocolo)

FIGURA 2 - A RESPIRAÇÃO COMO QUEIXA SECUNDÁRIA



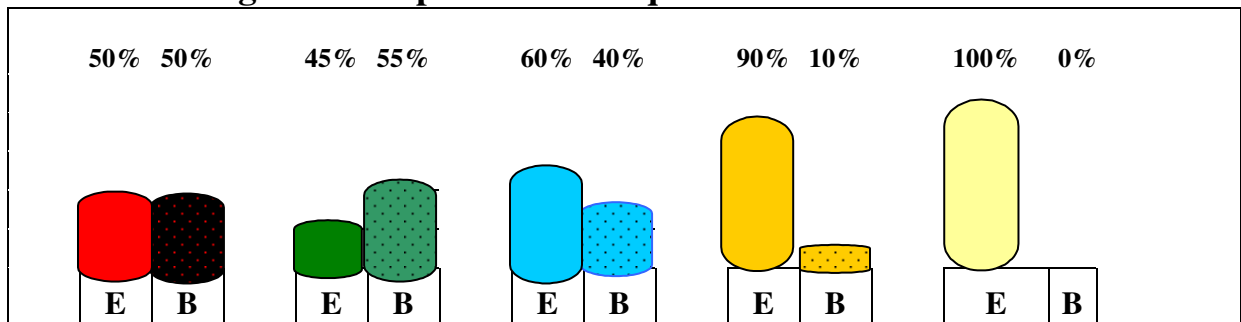
Estes dados foram coletados ao longo da avaliação e/ou da terapia e verbalizados pelos clientes. (item 15 do protocolo)

Tabela III - RESUMO DO ESTUDO DO CLIENTE 1

1. IDENTIFICAÇÃO		Nº - 1	Nome - Maria	Sexo - Feminino
Data de nascimento 16/3/1931	Peso - 75kg	Altura - 165cm	Tp - Beatriz	Data de Aplicação 10/10/2000
CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS OBTIDOS		RESULTADOS ESPERADOS
2.				
3. I.R.P.M.		16/18		12
4. Capacidade Vital		Sentada 1100cc de pé 1500cc		2800cc
5. Fluxo				
6. Via		Nasal		Nasal
7. Ruído		Acordada -ausente Dormindo- presente		Ausente
8a. Tempo Soprado		8 segundos		28 segundos
8b. Tempo Vocalizado		/a / 6 segundos /i / 6 segundos /u / 12 segundos		28 segundos em cada vogal
9. Tipo de Tórax		Obtuso		Nenhum
10a. Mov. Gradil Costal L/L		Não		Sim
10b. Mov. Gradil Costal A/P		Sim		Sim
11. Tempo para retornar à calma		5 minutos após 20 pulos		Nada estipulado <i>a priori</i>
12. Perimetrias		Ápice 3cm Mamária 1,5cm Supra abd 2cm Infra abd 0cm		Para todas as perimetrias entre 2,5/3cm
13. Desarmonias O.M.L.		Negadas		Ausentes
14. Expressão Emocional	Medo	Modifica para raiva		Expressão adequada
	Raiva	Adequada		Expressão adequada
	Tristeza	Não expressa		Expressão adequada
	Alegria	Expressa pouco		Expressão adequada
	Amor	Expressa pouco		Expressão adequada
15. Queixa/s		F+E		Nada estipulado <i>a priori</i>

Todos os indivíduos foram submetidos ao mesmo resumo feito acima com o cliente 1, para que pudessem ser comparados os resultados obtidos com os esperados, de acordo com os índices das tabelas inseridas nos apêndices.

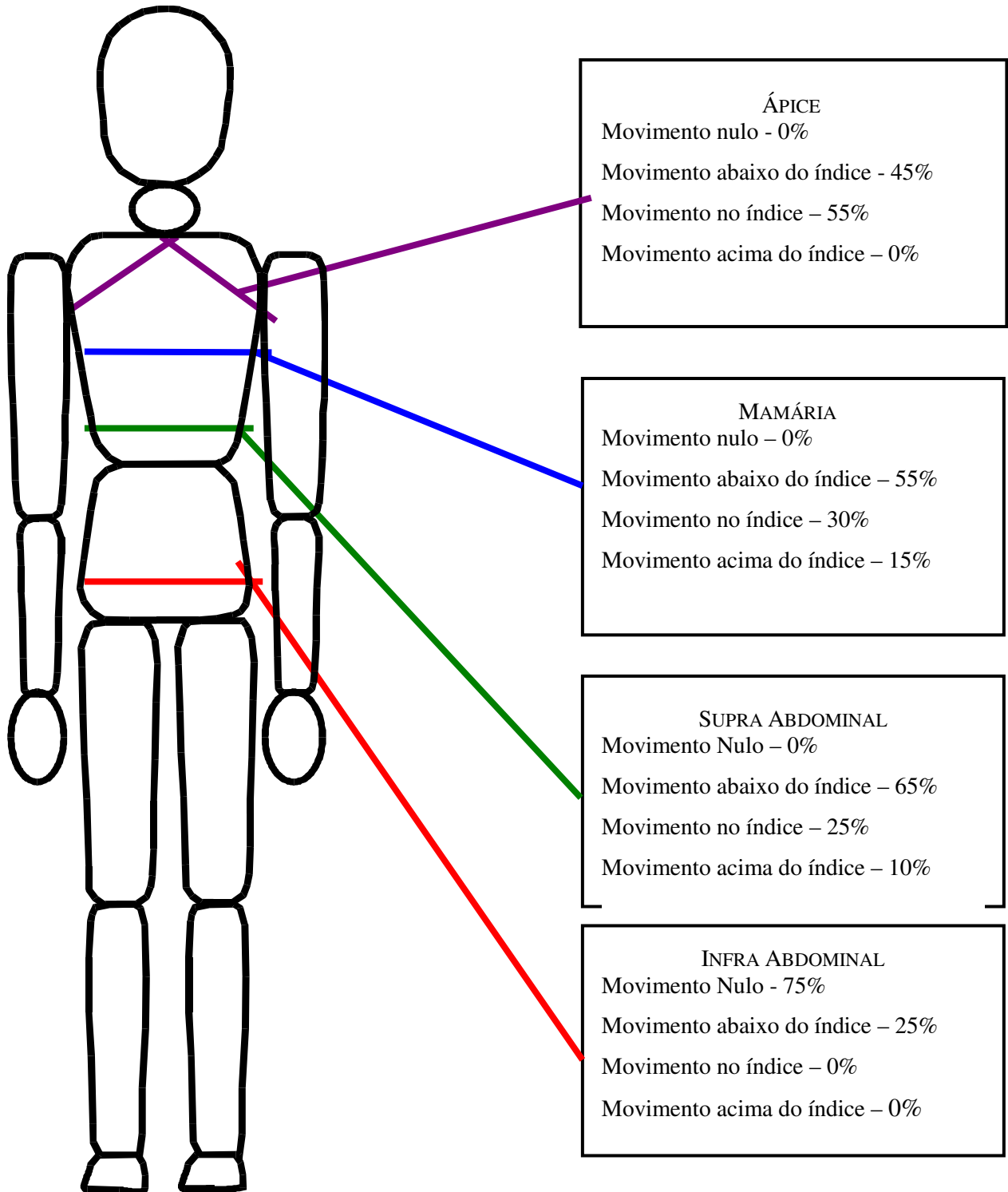
Figura 3 - Expressões e Bloqueios dos Sentimentos



	MEDO EXPRESSADO		MEDO BLOQUEADO
	RAIVA EXPRESSADA		RAIVA BLOQUEADA
	TRISTEZA EXPRESSADA		TRISTEZA BLOQUEADA
	ALEGRIA EXPRESSADA		ALEGRIA BLOQUEADA
	AMOR EXPRESSADO		AMOR BLOQUEADO

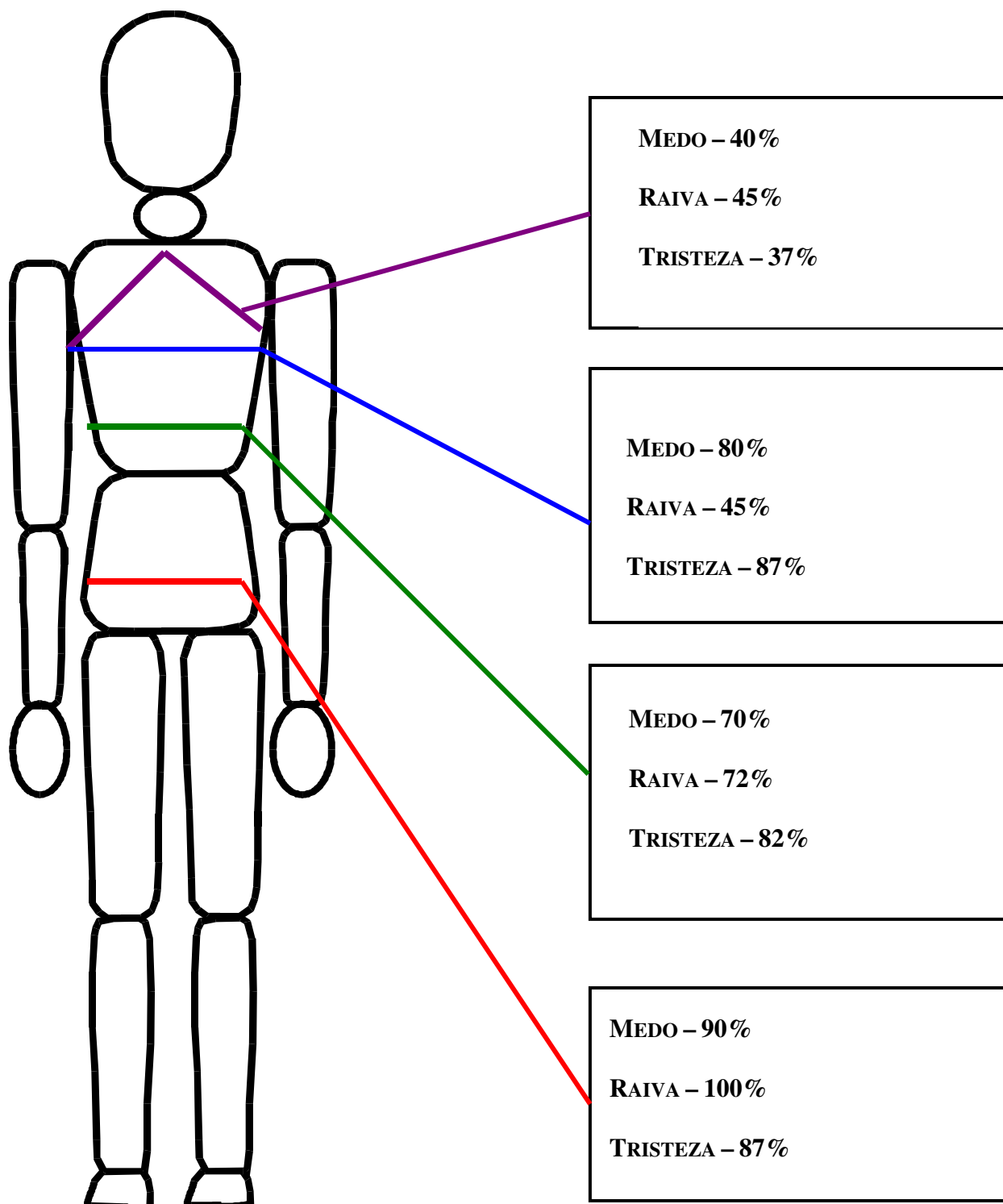
Este estudo foi baseado nos itens 14, 15 e 16 do protocolo. Foram também consideradas como expressões bloqueadas, as expressões modificadas, como uma tristeza expressada por risos ou uma raiva por lágrimas.

FIGURA 4 - PERIMETRIAS



Este estudo foi feito baseado no item 12 do protocolo

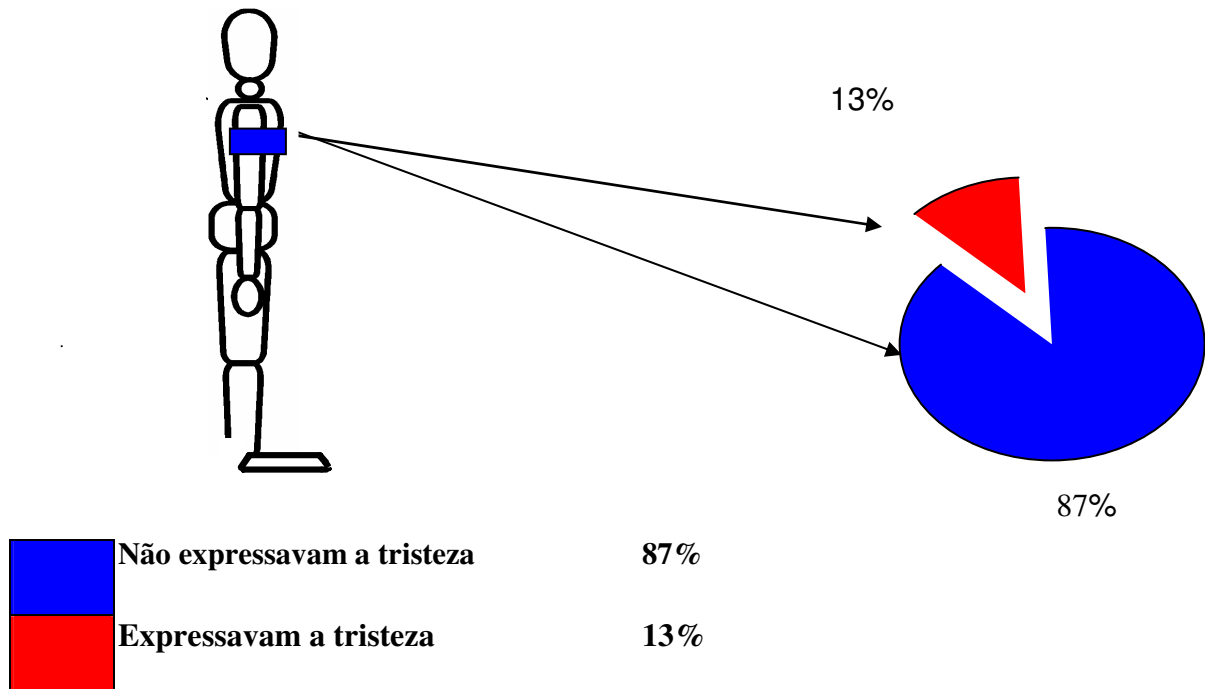
FIGURA 5 - RELAÇÃO ENTRE AS ZONAS COM MOVIMENTOS INADEQUADOS¹ E AS EMOÇÕES BLOQUEADAS



Este estudo foi feito relacionando os dados dos indivíduos com emoções bloqueadas (item 14b do protocolo) com as suas perimetrias (item 12 do protocolo)

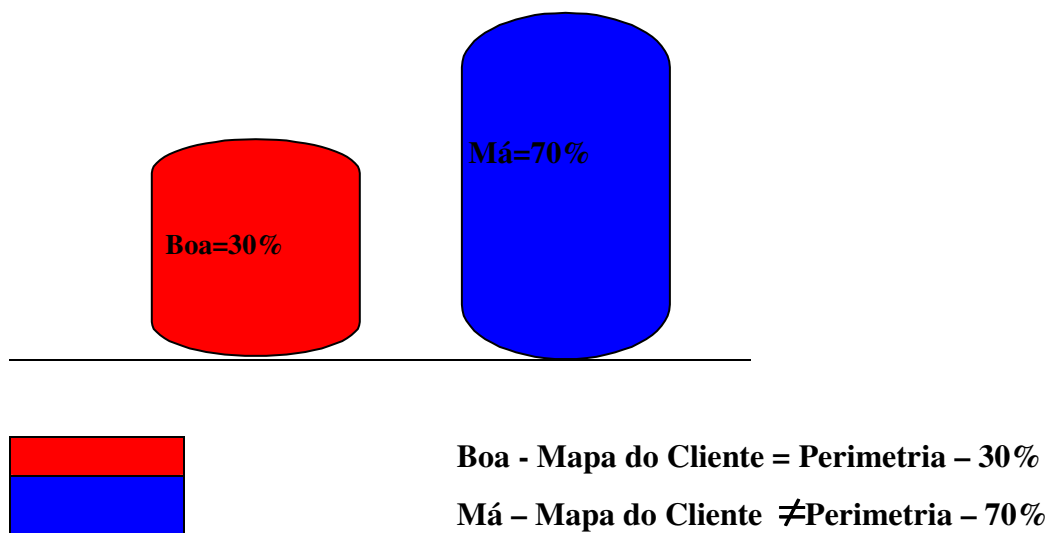
¹ Como movimentos inadequados foram considerados os nulos e os abaixo do índice

Figura 6 - Perimetria Mamária Abaixo do Índice X Tristeza



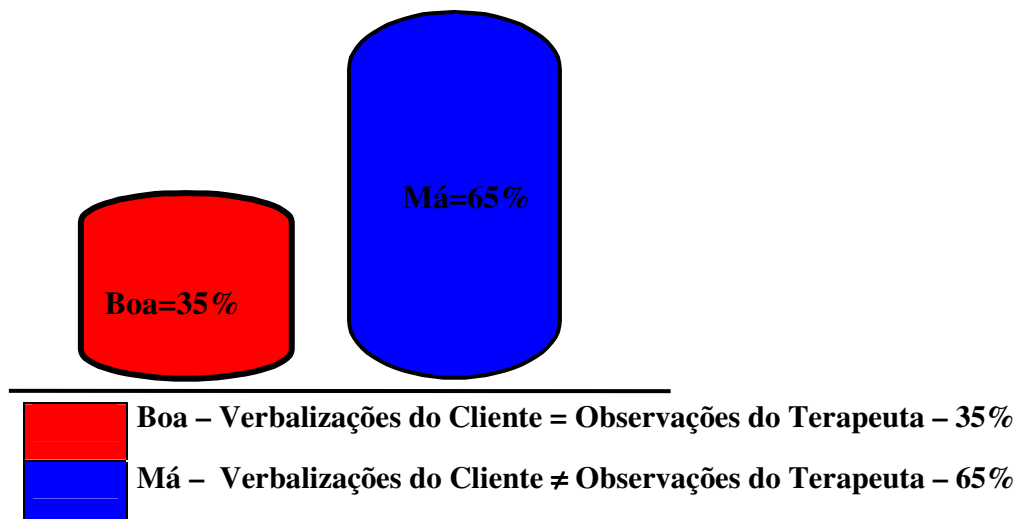
Este estudo foi feito relacionando os indivíduos que expressavam ou não a tristeza (item 14b do protocolo) com as suas perimetrias mamárias (item 12b do protocolo). Verificou-se que 87% dos indivíduos que não expressavam a sua tristeza tinham a perimetria mamária abaixo do índice.

Figura 7 - Consciência Sensorial



Este estudo foi feito comparando o mapa da localização respiratória feito pelo cliente (item 2b do protocolo) com a perimetria feita pelo terapeuta (item 12 do protocolo). Quando a perimetria coincidia com o mapa a consciência sensorial foi considerada “Boa”. Quando não coincidia foi considerada “Má”

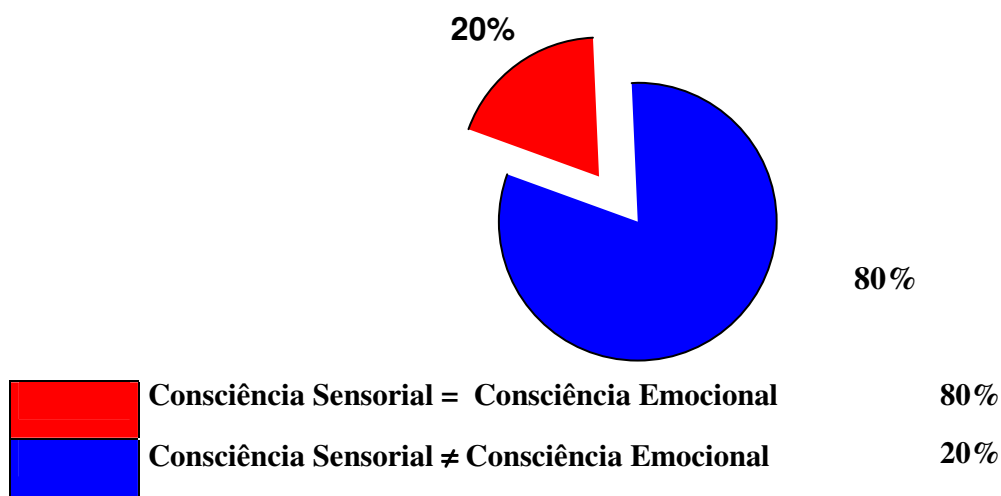
FIGURA 8 - Consciência Emocional



Este estudo foi feito baseado nos seguintes conceitos:

A Consciência Emocional foi considerada “Boa” quando as verbalizações do cliente quanto às suas emoções expressadas, bloqueadas, ou modificadas coincidiram com o que o terapeuta observou (item 14b do protocolo). A Consciência Emocional foi considerada “Má” quando as verbalizações do cliente não coincidiram com o que o terapeuta observou (item 14b do protocolo)

FIGURA 9 – CONSCIÊNCIA SENSORIAL x CONSCIÊNCIA EMOCIONAL



Este estudo foi feito relacionando as consciências sensoriais dos indivíduos com as suas consciências emocionais.

Verificou-se que existe uma correlação de 80% entre as consciências da seguinte forma:

1. Indivíduos com consciência sensorial boa têm consciência emocional boa.
2. Indivíduos com consciência sensorial fraca têm consciência emocional fraca.
3. Indivíduos com consciência sensorial razoável têm consciência emocional razoável.

Obs. Para classificação da consciência sensorial foi utilizado o seguinte critério comparando o item 2b do protocolo (fornecido pelo indivíduo) com o 12 (fornecido pelo examinador)

BOA – de 100% a 70% de consciência

RAZOÁVEL – de 60% a 40% de consciência

FRACA - de 40% a 0% de consciência

Para classificação da consciência emocional os dados foram colhidos no item 14b do protocolo e arbitrados como boa, razoável e fraca pelos examinadores.

4. DISCUSSÃO

4.1. HIPÓTESES CONFIRMADAS E NÃO CONFIRMADAS

Após examinar os resultados obtidos pôde-se verificar que a hipótese levantada no início deste estudo teve 100% de confirmação em certos aspectos e índices de confirmação mais baixos em outros.

Vejamos:

1) A respiração foi mensurada em 100% dos indivíduos utilizando-se um material simples, barato, de uso universal e de fácil manejo.(Tabela III itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 8b, 11, 12 e Figura 4).

2) Foi verificada uma correlação entre as expressões emocionais bloqueadas, de uma maneira geral, com movimentos respiratórios inadequados.(Figura 3, 5 e 6.).

3) Algumas correspondências entre uma determinada emoção bloqueada e zonas do corpo com movimentação inadequada foram altas, ficando em 70% ou acima deste percentual da seguinte forma: (Figura 5).

Medo em 80% com a zona mamária
em 70% com a supra abdominal
em 90% com a zona infra abdominal

Tristeza em 87% com a zona mamária
em 82% com a zona supra abdominal
em 87% com a zona infra abdominal

Raiva em 72% com a zona supra-abdominal em 100% com a zona infra abdominal

4) As correspondências foram baixas, ficando abaixo de 70% da seguinte forma: (Figura 5).

Medo em 40% com a zona do ápice

Tristeza em 37% com a zona do ápice

Raiva em 45% com a zona do ápice
em 45% com a zona mamária

A quantidade de dados objetivos e subjetivos coletados permitiu que fossem feitas outras correlações importantíssimas para o estudo da RESPIRAÇÃO x EMOÇÃO, que não foram inicialmente previstas neste estudo.

Vejamos:

1) Em 80% dos indivíduos a respiração aparece como queixa secundária, isto é, ela não é a queixa inicial, ela não é o motivo para a busca de uma terapia, mas durante o processo de avaliação e/ou durante a terapia, ela emerge como queixa secundária, quando os indivíduos percebem que suas respirações são inadequadas (figura 2).

2) Ter uma boa consciência sensorial, sentir o próprio corpo é importante no processo vital, e de grande valia no processo terapêutico. Ao iniciar a terapia, no processo de avaliação, verificou-se que apenas 30% dos indivíduos possuíam uma boa consciência sensorial. (Figura 7)

3) A queixa que aparece com maior frequência é a emocional associada ou não às outras, - 90% - (Figura 1). O indivíduo tem uma boa consciência emocional quando sabe o que expressa ou não de seus sentimentos. Isto é muito importante do ponto de vista da saúde emocional, e sobretudo no

processo diagnóstico e terapêutico. Apenas 35% dos indivíduos demonstraram ter uma boa consciência emocional. (figura 8).

4) Os bloqueios emocionais são mais altos para os sentimentos desagradáveis. O medo estava bloqueado em 50% dos indivíduos, a raiva em 55%, e a tristeza em 40%. Com os sentimentos agradáveis os bloqueios declinam da seguinte forma: 10% para alegria e 0% para o amor.(Figura 3)

5) Foi verificada uma correspondência de 80% entre as características iguais das consciências sensorial e emocional da seguinte forma (Figura 9): Os indivíduos com uma má consciência sensorial tinham uma má consciência emocional.

Os indivíduos com uma consciência sensorial razoável tinham uma consciência emocional razoável.

Os indivíduos com uma boa consciência sensorial tinham uma boa consciência emocional.

Como dado de diagnóstico, esta correspondência auxilia, em muito, a visão e o projeto do terapeuta. Em Análise Bioenergética os três passos básicos de uma terapia são: a auto consciência, a auto expressão e a auto adequação. Logo, o indivíduo ter ou não uma boa auto consciência sensorial e emocional é fator importante no processo terapêutico.

6) A hipótese não teve suporte para determinar correspondências absolutas e exclusivas entre um determinado bloqueio emocional e uma zona de movimento inadequado. (Figura 5). Isto é, a tristeza bloqueada correspondendo sempre e exclusivamente à zona mamária e não à outra, ou o medo sempre à zona apical e não à outra. Da mesma forma não se pode afirmar que um bloqueio na zona mamária estaria vinculado somente à tristeza, como um da zona apical corresponderia sempre ao medo.

7) Estudando os indivíduos que não expressavam a sua tristeza verificou-se que 87% deles tinham os seus movimentos inadequados na zona mamária. (Figura 6). É importante sublinhar que, em contrapartida, outras expressões bloqueadas também tinham movimentos inadequados na mesma zona mamária.(Figura 5)

*¹ Para o estudo das emoções foram utilizadas as classificações de Stratton e Arnold por se complementarem (Apêndice 7)

*² A consciência sensorial foi considerada apenas razoável quando os dados fornecidos pelo indivíduo no item 2b do protocolo coincidiam em 50% com o que foi verificado pelo examinador no item 12 do protocolo.

*³ A consciência emocional apenas razoável foi verificada através do item 14b do protocolo, nos casos em que os indivíduos percebem apenas em parte a sua expressão ou não dos sentimentos.

4.2.Implicações Práticas e Teóricas

O estudo da objetivação da mensuração respiratória frente aos bloqueios emocionais ilumina a importância que os profissionais da saúde devem dar, na sua prática clínica, aos elementos que caracterizam uma respiração, e que são passíveis de uma mensuração simples. Estas verificações são importantes não só no processo diagnóstico, mas, sobretudo no acompanhamento terapêutico. Mesmo tendo havido uma limitação no número de indivíduos envolvidos neste estudo, a hipótese básica foi confirmada – Há uma desarmonia nos movimentos respiratórios dos indivíduos com emoções bloqueadas.

Os resultados desta pesquisa vêm confirmar as teorias de Reich, Lowen, Johnsen, Keleman, Gaiarsa e Souchard quanto aos bloqueios emocionais e

respiratórios. No entanto, não confirmam que áreas específicas do corpo estejam relacionadas a determinados bloqueios emocionais.

4.3 Conclusões

- Os bloqueios emocionais transformam a forma natural de respiração e cristalizam formas inadequadas de movimentação respiratória.
- Os resultados da investigação feita demonstram que existem formas anômalas de respiração, mas elas não estão sempre circunscritas no corpo em relação a sentimentos determinados.
- Os profissionais da área da saúde que lidam com problemas emocionais e/ou respiratórios podem contar com as ferramentas objetivas e simples expostas na metodologia deste trabalho para mensurar a respiração.
- A observação e a mensuração da respiração constituem recursos importantíssimos no diagnóstico e na terapia, ao lado dos outros elementos objetivos e subjetivos fornecidos pelo cliente.
- A alta coincidência entre consciência sensorial e consciência emocional é um elemento importante a ser considerado no diagnóstico e no acompanhamento terapêutico.
- Não é possível apoiar um estudo só no que o corpo comunica ou só no que é expresso pela palavra, mas nos dois. Os dois são complementares e indispensáveis.
- Os dados fornecidos pelos itens 2, 3, 4, 5, 8, 10 e 12 do protocolo têm servido para o acompanhamento da evolução terapêutica dos clientes. Por exemplo, na terapia com pessoas que têm asma, o fluxo (item 5) e o

IRPM (item 3) têm apresentado melhoras, ao lado de uma diminuição das crises.

- A questão da diversidade nos sistemas funcionais torna a relação linear causa/efeito impossível, sendo necessário construir uma rede, o que é muito complexo.

4.4. Recomendações

- Dar continuidade a este estudo relacionando outros dados fornecidos por esta coleta, como por exemplo, o fluxo da respiração com a perimetria, o que poderia proporcionar elementos importantes para o estudo, o diagnóstico e a terapia das disfonias.

- Divulgar este estudo em revistas científicas e livros didáticos.

- Divulgar em cursos e através da mídia a importância da expressão emocional no processo respiratório.

- Capacitar profissionais da área de saúde na aplicação da metodologia exposta neste trabalho.

- Fazer chegar os resultados deste estudo a outras instituições clínicas e acadêmicas, sobretudo pela simplicidade que a metodologia oferece.

- Utilizar gravações de vídeo digital dos indivíduos para facilitar a mensuração dos movimentos respiratórios através de tela milimetrada. Esta tecnologia permitiria documentar, por exemplo, os movimentos compensatórios da cintura escapular tão comum nos asmáticos.

- Dar mais atenção e trabalhar a respiração na zona infra-abdominal que mostrou estar 100% prejudicada nos indivíduos. Ao lado disto, aprofundar a pesquisa para verificar por que isto ocorre.

5. APÊNDICES

APÊNDICE 1

TABELA do I.R.P.M. (relativa ao item 3 do protocolo de avaliação).

IDADE	MASCULINO	FEMININO
1 MES	22/72	22/72
1° ao 6° MES	21/58	21/58
6° ao 24° MES	25/45	25/45
0 a 1 ANO	31	30
1 a 2 ANOS	26	27
2 a 3 ANOS	25	25
3 a 4 ANOS	24	24
4 a 5 ANOS	23	22
5 a 6 ANOS	22	21
6 a 7 ANOS	21	21
7 a 8 ANOS	20	20
8 a 9 ANOS	20	20
9 a 10 ANOS	19	19
10 a 11 ANOS	19	19
11 a 12 ANOS	19	19
12 a 13 ANOS	19	19
13 a 14 ANOS	19	18
14 a 15 ANOS	18	18
15 a 16 ANOS	17	18
16 a 17 ANOS	17	17
17 a 18 ANOS	16	17
ADULTOS	12/15	12/15

Esta tabela foi fornecida no Curso de Voz ministrado pelo Dr.

Hanson in 1975.

APÊNDICE 2

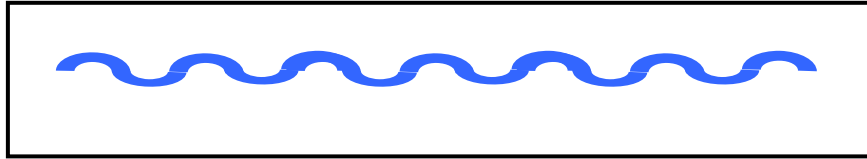
CAPACIDADE VITAL em cm³ (relativa ao item 4 do protocolo de avaliação)

IDADE	CRIANÇAS		ALTURA	ADULTOS	
	MENINOS	MENINAS		HOMENS	MULHERES
3/4	500	500	1.50	2.350	2.200
5/6	900	900	1.55	2.600	2.400
7/9	1.400	1.400	1.60	2.900	2.600
10	1.650	1.500	1.65	3.200	2.800
11	1.800	1.600	1.70	3.500	3.000
12	1.900	1.750	1.75	3.800	3.300
13	2.050	1.900	1.80	4.100	3.900
14	2.300	2.100			
15	2.400	2.200			
16	2.500	2.250			
17	2.700	2.350			
18	3.000	2.400			

Esta tabela foi publicada no livro *O Perfil Psicomotor em Coconstrução* da autora.

APÊNDICE 3

FLUXO RESPIRATÓRIO (relativo ao item 5 do protocolo de avaliação)



Esta curva foi publicada no livro **Integrated Respiration Theory/Therapy**, de Lillemor Johnsen, e é considerada pela autora como o fluxo respiratório de uma pessoa integrada na calma.

APÊNDICE 4

TEMPOS SOPRADO E VOCALIZADO

(relativos aos itens 8a e 8b do protocolo de avaliação)

Os tempos soprado e vocalizado foram calculados da seguinte forma:

$$\text{Tempo soprado ou vocalizado} = \text{Capacidade vital em cm}^3 \div 100$$

Exemplo – A capacidade vital de uma pessoa de 14 anos do sexo feminino é de 2100 cm³

Logo:

O tempo soprado ou vocalizado é de: $2100 \div 100 = 21$ segundos.

APÊNDICE 5

PERÍMETROS (relativo ao item 12 do protocolo de avaliação)

IDADE		DIFERENÇA EM cm
5 a 10 anos	Ápice	entre 1 cm e 1.5 cm
	Mamário	entre 1 cm e 1.5 cm
	Supra-abdominal	entre 1 cm e 1.5 cm
	Infra-abdominal	entre 1 cm e 1.5 cm
10 a 18 anos	Ápice	entre 1,5 cm e 2 cm
	Mamário	entre 1.5 cm e 2 cm
	Supra-abdominal	entre 1,5 cm e 2 cm
	Infra-abdominal	entre 1,5 cm e 2 cm
Acima de 18 anos	Ápice	entre 2,5 cm e 3 cm
	Mamário	entre 2,5 cm e 3 cm
	Supra-abdominal	entre 2,5 cm e 3 cm
	Infra-abdominal	entre 2,5 cm e 3 cm

A autora inferiu os parâmetros acima, baseada no mapa respiratório de Keleman

APÊNDICE 6

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIO-EMOCIONAL - B.SABOYA

1. IDENTIFICAÇÃO:

1 a. Nome

1 b. D.N.

1 c. Sexo

1 d. Data

1 f. Altura

1 g. Peso

1 h. Tp.

1 i. N° do Protocolo.

2. LOCALIZAÇÃO:

2 a. Mapa TP

2 b. Mapa Pr. (anexo)

3. IRPM:

3 a. Acordado

3 b. Dormindo

3 c. Pós-esforço (.....pulos com pés juntos)

4. CAPACIDADE VITAL:

4 a. Sentado (média de 3 x).

4 b. De pé (média de 3 x).

5. FLUXO RESPIRATÓRIO:

5 a. Gráfico Tp.

5 b. Gráfico Pr. (anexo)

Inspiração:

Expiração:

6. VIA:

6 a. nasal ()

ND.....mm NE.....mm

6 b. bucal ()

6 c. naso bucal ()

7. RUÍDO:

7 a. acordado exp. ()

insp. ()

7 b. dormindo exp. ()

insp. ()

8. TEMPO EXPIRATÓRIO:

8 a. Soprado Segs.

8 b. Vocalizado /a/.....secs. /i/.....secs. /u/.....secs.

9. TIPO DE TÓRAX:

9 a. () reto

9 b. () obtuso

9 c. () agudo

10. MOVIMENTAÇÃO GRADIL COSTAL:

10 a. Latero-lateral

sim ()

não ()

10 b. Antero-posterior

sim ()

não ()

11. TEMPO PARA RETORNAR A CALMA APÓS ESFORÇO:

(..... pulos de boca fechada)secs.

12. PERIMETRIA NA RESPIRAÇÃO:

	Local	Inspiração	Expiração	Diferença
12 a.	Ápice	mm	mm	mm
12 b.	Mamária	mm	mm	mm
12 c.	Supra-abdominal	mm	mm	mm
12 d.	Infra-abdominal	mm	mm	mm

13. DESARMONIAS: ÓSTEO-MÚSCULO-LIGAMENTARES:

14. ESTADO EMOCIONAL:

14 a. Instrumento utilizado:

14 b. Síntese:

15. QUEIXAS:

16. OBSERVAÇÕES:

17. CONCLUSÃO:

18. ORIENTAÇÃO:

APÊNDICE 7

Classificações das Emoções

ARNOLD, em 1945, demonstrou a possibilidade de se classificar a expressão emocional numa base fisiológica, calcada em fenômenos autônomos. Essa diferença se faz notar principalmente nas emoções extremas, como a raiva e o amor.

RAIVA	AMOR
Movimentos corporais tensos	Relaxamento muscular
Voz ríspida	Voz suave
Vasoconstrição ou dilatação	Vasodilatação
Midríase	Midríase
Espasmo intestinal	Relaxamento intestinal
Taquipnéia	Taquipnéia
Taquicardia	Taquicardia
Inibição dos reflexos sexuais	Secreção glandular especial
Contração vesical	
Boca seca	Salivação
Suores	Apenas calor
Hiperglicemia	Hiperglicemia

Esta tabulação, entretanto, não demonstra a expressão dos músculos esqueléticos, especialmente a dos faciais que é muito característica, mas indescritível. Alguns sinais autônomos contrastam diametralmente. As semelhanças explicam-se por serem comuns a estados de excitação. Ela não leva em consideração o grau de excitação, a duração e outros fatores, sendo portanto arbitrária. A descrição de “amor” seria de um leve estado de afeição e não de uma paixão heterossexual.

STRATTON, em 1928, tentou uma classificação que, além de simples, pode ser de utilidade.

MAIS DIFERENCIADAS

CÓLERA

RAIVA

(furor psicopático)

D			A
E			G
S			R
A			A
G			D
R			Á
A			V
D			E
Á			L
V			
E			
L			

	MEDO	AMOR	
	TERROR	AFEIÇÃO	
	(Estado de pânico)	(Perversão)	
	TRISTEZA	COMPANHIA	
	DEPRESSÃO	CONVIVÊNCIA	
	(Melancolia)	(Agorafobia)	
	SOLIDÃO	ALEGRIA	
	(Afeição)	(Mania)_	

EXCITAÇÃO

ALERTA

(Hipomania)

MENOS DIFERENCIADAS

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, G. - **Eutonia: Um Caminho Para a Percepção Corporal** – Martins Fontes – São Paulo, 1983.
- CAVANHA, A.O. - **Ensaio Sobre as Aventuras da Ciência, do Homem e da Vida** – s/ed. – Curitiba, 1978.
- GAIARSA, J.A. - **Respiração, Angústia e Renascimento** – Ícone Ed. 3^a ed. – São Paulo, 1994.
- GOMEZ, E. M. D. - **La Respiracion y La Voz Humana; Su Manejo y Ensenanza** – s/ed. Buenos Aires, 1971.
- JOHNSON, L. **IRT- Integrated Respiration** – Theory and Therapy – s/ed. USA, 1981.
- KELEMAN, S. **Emotional Anatomy; The Structure of Experience** – Center Press – Berkeley-California, 1985.
- KURTZ, R.; PRESTERA, H. - **The Body Reveals; An Illustrated Guide to the Psychology of the Body** – Harper & Row/Quick Silver Books, Publishers – N.Y., 1976.
- LEWIS, D. - **The Tao Of Natural Breathing** – Mountain Wind Publishers – USA, 1997.
- LOWEN, A. - **Prazer – Uma Abordagem Criativa da Vida** – Summus Editorial 4^aed. – São Paulo, 1984.
- - **Respiração, Movimento e Sentimento** – Palestras – Rio de Janeiro, 1965.
- LURIA, A.R. - **El Cerebro Humano Y Los Procesos Psíquicos** - Editorial Fontanella S. A – Barcelona, 1979.

- - **Higher Cortical Functions in Man** 4th ed. Basic Books Inc. Publishers – New York , 1973.
- - **Sensacion y Percepcion** - Editorial Fontanella S. A – Barcelona, 1978.
- MALBA T. **O Homem que Calculava** –55ª ed. – Editorial Record – São Paulo, 2002.
- MARINO JR, R. - **Fisiologia das Emoções** – Ed. Sarvier – São Paulo, 1975.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenología de la Percepción** – Ediciones Península – Barcelona, 1975.
- NOVAES, A. - **O Olhar** – Companhia das Letras – São Paulo, 1988.
- PERRONE, O. - **Metodologia da Pesquisa em Ciências da Saúde** – s/ed. – Rio de Janeiro, 1980.
- REICH W. - **A Função do Orgasmo** – Editora Brasiliense 10ª ed. – São Paulo, 1975.
- ROLF, I. - **A Integração das Estruturas Humanas** – Martins Fontes – São Paulo, 1990.
- SABOYA, B. **Bases Psicomotoras** – Ed. Trainel 2ª ed. – Rio de Janeiro, 1999.
- - **Diagnóstico e Avaliação em Psicomotricidade** – Anais Congresso Brasileiro de Psicomotricidade – Brasil, 1998.
- - **The Importance of the Axis in the Study of Oromyofunctional Disorders – An Integrated Approach** – The International Journal of Orofacialmyology - Vol II - Number 2 - July – USA, 1985.

- _____ - **O Perfil Psicomotor em Coconstrução – Bases Teóricas e Técnicas** – Ed. Trainel – Rio de Janeiro, 1999.
- _____ - **A Voz e o Corpo** – Anais do VI Congresso Brasileiro de Psicomotricidade – Rio de Janeiro, 1997.
- SABOYA, B.; REICH, A. S. - **O Eixo e as Funções Orofaciais** – Ed. Revinter – Rio de Janeiro, 2001.
- SOUCHARD, E. -**Le Diaphragme** – Maloine S.^a Editeurs- Paris, 1980.
- _____ **Respiração** – Summus- São Paulo, 1986.
- SPEADS, C . - **ABC de la Respiration** – Ed. Aubier – France, 1989.