

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**RESPIRAÇÃO EM PSICOTERAPIA CORPORAL:
TEORIAS E TÉCNICAS PARA UMA PRÁTICA INTEGRATIVA**

GABRIELA RUIZ DOS SANTOS

**PORTO ALEGRE
2018**

GABRIELA RUIZ DOS SANTOS

**RESPIRAÇÃO EM PSICOTERAPIA CORPORAL:
TEORIAS E TÉCNICAS PARA UMA PRÁTICA INTEGRATIVA**

Orientador: Prof. Dr. Amadeu de Oliveira Weinmann

PORTO ALEGRE

2018

**RESPIRAÇÃO EM PSICOTERAPIA CORPORAL:
TEORIAS E TÉCNICAS PARA UMA PRÁTICA INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial
à obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador - Prof. Dr. Amadeu de Oliveira Weinmann

Debatedora – Mariane Sobrosa

Um das poucas coisas que usamos 24h por dia e pela qual ainda não pagamos tributos é o ar que respiramos.

Quando a respiração sai ela está associada com a Morte quando ela entra, com a vida. Com cada expiração você morre; com cada inspiração você renasce. Vida e morte não são duas coisas separadas, divididas [assim como inspiração e expiração]: elas são uma. Se você puder se tornar um mestre da sua respiração, você se torna mestre de suas emoções.

Osho

Agradecimentos

Sou profundamente grata, primeiramente, a mim mesma, pois, apesar de todas as mortes e renascimentos, fui sensível a um fio condutor sutil e misterioso que fez-me permanecer, perseverar até a conclusão desse curso, apesar de todas as resistências de circunstâncias externas e estados internos. A que sai e conclui esse Curso de Psicologia não é a mesma que entrou, mas esta última fecha o ciclo da primeira. Enfim!

À Silvia Brites, irmãzinha de quem pude acompanhar o processo de conclusão do curso e de escrita do tcc e que foi uma inspiração e força para os momentos em que me perdia ou me distraía de finalizar. Ao amigo Prem Anagara (Douglas Hugentobler) que ouviu, acolheu e compreendeu todas as minhas queixas e reclamações rabugentas acerca dos absurdos acadêmicos. À querida amiga, dedicada terapeuta, Mari Sobrosa, a quem convidei e felizmente se dispôs a comentar este trabalho.

Às músicas de Stellardrone que serviram de pano de fundo durante toda a escrita desse trabalho, comprovando na prática o efeito relaxante e de concentração que as músicas podem proporcionar aos estudos. Essa experiência foi essencial!

À minha gata preta Tchururu, amiga companheira desde 2004. À Ilha da Magia que me acolhe sendo o oásis para o processo de produção escrita.

Aos meus queridos pais Iracema e Adão e à minha irmã Juliana que sempre, durante todo esse percurso acadêmico, me incentivaram e me deram o suporte como puderam para que eu persistisse e concluísse a graduação.

A todas as pessoas envolvidas nesses longos, muito longos 9 anos de Universidade, especialmente servidores técnicos da UFRGS, com os quais eu trabalhei em bolsas permanência: Jader do PPGCS; Ana Griebler da Biblioteca ESEFid; professora Nair Silveira e grupo PET Conexões Políticas Públicas de Juventude; professora Themis Dovera da Enfermagem. Ao meu paciente orientador Amadeu Weinmann, sannyasin de Osho como eu! A Celvio Derbi, bibliotecário da Psicologia, atencioso e prestativo em me auxiliar nas ferramentas de busca nos bancos de dados. Ao amigo, psicólogo Pedro Sbissa que me deu dicas para a produção e criação deste texto de conclusão.

Ao meu avô paterno, Armênio (in memoriam), a partir do qual iniciou indiretamente a minha longa história nesta Universidade, sendo servidor técnico, e o qual inspirou o tema desse trabalho.

GratidOM

Resumo

A respiração como função vital, em seus aspectos fisiológicos, é um sistema de controle involuntário e voluntário. Essas modalidades de controle estão imbricadas e seus efeitos terapêuticos são de conhecimento histórico. As tradicionais concepções e práticas orientais envolvem a utilização da respiração e determinadas teorias psicológicas ocidentais, sobretudo a partir de Wilhelm Reich, retomam esse sistema e seus desdobramentos como chave para a prática psicoterápica. Objetivos: 1) apresentar algumas concepções sobre o processo respiratório e sua relação com o cuidado integrativo, a partir de referenciais culturais e abordagens da psicoterapia orientada para o corpo encontrados em produção científica. 2) propiciar a atenção do profissional psi aos aspectos fisiológicos-psicológicos envolvidos no processo respiratório de pacientes. Ante as variadas abordagens e métodos que incluem a respiração como dispositivo terapêutico, oferecer subsídios e referências para estudos e práticas aprofundadas futuras no campo teórico-científico da psicologia, relevantes no atual cenário de emergência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Serviço Único de Saúde (PNPIC-SUS), publicada no Diário Oficial da União, em 2006.

Palavras-chave: respiração consciente; práticas integrativas; psicoterapia corporal.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	9
<i>1.1 Inspirações.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2 Justificativa.....</i>	<i>9</i>
2. INTRODUÇÃO	10
3. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA RESPIRAÇÃO	11
4 TIPOS DE RESPIRAÇÃO	16
<i>4.1 Respiração clavicular ou respiração alta.....</i>	<i>17</i>
<i>4.2 Respiração torácica ou costal ou respiração média</i>	<i>18</i>
<i>4.3 Respiração abdominal ou diafragmática.....</i>	<i>18</i>
<i>4.4 Respiração completa.....</i>	<i>19</i>
5 RESPIRAÇÃO, ALENTO E SOPRO ENQUANTO SÍMBOLOS.....	20
6 RESPIRAÇÃO NA PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA	24
7 RESPIRAÇÃO HOLOTRÓPICA DE GROF	29
8 REBIRTHING.....	30
9 PRECAUÇÕES E CUIDADOS NO USO DA RESPIRAÇÃO: PATOLOGIAS E A RELAÇÃO TERAPÊUTICA	32
10 CONTEXTO NO BRASIL: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	36
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	41

1. Apresentação

Inspirações

A “inspiração” em abordar a respiração como tema central no trabalho de conclusão de curso partiu da oportunidade que essa modalidade de trabalho acadêmico oferece de se eleger um campo para estudo. Meu interesse por este tema origina-se desde a experiência prática, como paciente de psicoterapia com abordagem reichiana, como integrante de grupos terapêuticos de bioenergética, como praticante de meditações ativas desenvolvidas por Bhagwan Shree Rajneesh – Osho, além de algumas vivências em grupo de Respiração Consciente e Renascimento. Essas práticas utilizam variadas técnicas de respiração. A partir dessas experiências práticas - as quais incluo, com maior ou menor frequência, como parte do meu cotidiano - pude experimentar maior consciência corporal, de estados mentais e emocionais, além do sentimento de integração dessas instâncias.

Outra “inspiração” para o tema do trabalho foi lembrar, a partir do falecimento do meu avô, chamado (Ar)mênio, de uma conversa com uma psicoterapeuta, a qual desenvolveu, entre outros trabalhos, em setor hospitalar de doentes terminais, um delicado método, a partir do desejo e da concessão do paciente e de uma minuciosa avaliação, de desligamento ou, melhor, de passagem da vida à morte através de uma forma específica de respiração. Esse relato da terapeuta suscitou-me a curiosidade, associada ao interesse em melhor compreender a atuação das diversas formas de uso terapêutico da respiração psicossomaticamente, além das repercussões de uma respiração cronicamente limitada, a qual, a partir das abordagens terapêuticas psicocorporais, está estreitamente vinculada à angústia (Reich, 1942/1994).

Justificativa

Em minha formação acadêmica, a respiração foi estudada apenas como um dos sistemas do organismo, sendo abordada desde uma perspectiva anatômica e fisiológica. Também, suas alterações em ritmo, frequência e intensidade são abordadas desde um sintoma entre outros de algumas psicopatologias. Apesar da longa tradição de utilização das técnicas de respiração na saúde, alguns médicos contemporâneos refletem: “Na escola médica, aprendemos sobre a anatomia do sistema respiratório e sobre as doenças do trato respiratório, mas eu nada escutei sobre o poder da respiração.” (Weil, 2005)

citado por Neves Neto, 2011). Diante da promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Serviço Único de Saúde (PNPIC-SUS), publicada no Diário Oficial da União, em 2006, dentre as atividades, indiretamente está incluída a prática da respiração terapêutica. Nesse sentido, se faz relevante propiciar a atenção do profissional psi aos aspectos fisiológicos-psicológicos envolvidos no processo terapêutico de pacientes através da respiração.

A hipótese inicial do trabalho era de que poderia não haver muita produção acadêmica sobre o assunto, refletindo assim a lacuna específica encontrada pela autora na formação universitária. Exceto quanto às técnicas de relaxamento e respiração utilizadas em terapia cognitiva comportamental, mas que não foi a intenção de explorar neste trabalho, e as produções (artigos, monografias) de conclusão de curso de escolas e institutos que oferecem formação específica (especialização) em psicoterapia corporal, a produção psi acadêmica brasileira sobre este tema ainda é escassa. No entanto, é possível encontrar estudos contemporâneos acadêmicos acerca da psicoterapia corporal, sobretudo em países de língua inglesa e germânica.

2. Introdução

O Prêmio Ignobel é uma paródia do prêmio Nobel. É concedido anualmente, antes ou depois do anúncio dos vencedores do verdadeiro Prêmio Nobel, recompensando dez pesquisas científicas que se destacam por sua construtividade duvidosa ou pela irrelevância do tópico abordado. Em 2011, na seção de psicologia, o prêmio foi para Karl Halvor Teigen, da Universidade de Oslo, "por tentar entender por que, na vida cotidiana, pessoas estão suspirando" (Corriere della sera, 2011).

Eles são acompanhados (na seção de biologia) por Daryll Gwynne e David Rentz, que descobriram que algumas espécies de baratas tentam acasalar com alguns tipos de garrafas de cerveja australianas.

O fato de que o suspiro é considerado um assunto de tão pouca relevância, tanto para ser comparado com a sexualidade das baratas ou o bocejo das tartarugas de patas vermelhas (vencedores do prêmio na seção de fisiologia), é um bom indicador da falta de atenção que parte da comunidade científica e, acima de tudo, a maioria das pessoas dedica à respiração e às suas conexões com o bem-estar psicológico e espiritual.

Ainda hoje, a maioria das pessoas sabe perfeitamente como dormiu na noite anterior ou tem uma sensação bastante concreta de como digeriu durante o dia, mas quantos são capazes de dizer como respiraram?

No entanto, a respiração é uma atividade que acompanha todos os seres humanos em média “12 a 18 vezes por minuto no dia”, correspondendo de 5 a 6 litros de ar por minuto, 1080 vezes por hora, isto é, entre 17.000 e 25.000 vezes em um dia uma quantidade entre 7.000 a 8.000 litros (Tortora & Anagnostakos, 1990). Quando em exercício extenuante, pode-se respirar 100 ou mais litros de ar (Gaiarsa, 1986). Uma pessoa que exala o último suspiro aos 75 anos, completa pela última vez um ato realizado por cerca de meio bilhão de vezes, correspondendo de 8 a 9 toneladas de ar: é difícil ignorar sua importância para o bem-estar físico e condição emocional.

Para entendimento da importância vital da respiração – que, de tão óbvia, frequentemente é banalizada e posta em segundo plano - e sua relação com estados psíquicos e mesmo com a angústia, além de sua utilização como ferramenta terapêutica, faz-se necessário o entendimento de seus efeitos neuroquímicos, anatômico-fisiológicos; resgatar os desenvolvimentos de Reich (1942/ 1994), Lowen (1975/1982, 1965/2009) na clínica; Groff (1988/1997; 2011) e Orr (Groff, 2011) numa perspectiva de trabalho grupal e holístico/integrativo. E a inserção dessa prática nas atividades elencadas como práticas integrativas e complementares em saúde.

Além das perspectivas desses autores que embasam o âmbito da prática terapêutica, as tradicionais concepções e práticas orientais que envolvem a respiração e o seu “arcabouço” simbólico coletivo serão brevemente trazidos com o intuito de mostrar que se trata não só de uma função vital para a manutenção da vida orgânica, mas que pode ser deliberadamente utilizada com fins terapêuticos, podendo ainda ser empregada com o objetivo de manutenção do bem-estar psíquico.

3. Anatomia e Fisiologia da Respiração

Existem músculos estriados esqueléticos relacionados à respiração que são controlados pela vontade e, por isso, são chamados de músculos voluntários. Porém, quando o organismo tem, por exemplo, uma diminuição significativa de oxigênio e um aumento de gás carbônico no sangue, essa informação é enviada ao sistema nervoso, a uma região chamada bulbo raquidiano que executa o controle involuntário da respiração, de forma que a frequência respiratória aumente, a fim de que seja eliminado

o excesso de gás carbônico pela expiração e recuperado o oxigênio necessário para manter ativo o metabolismo celular. O controle voluntário da respiração está relacionado com o córtex cerebral, região correspondente aos comandos conscientes e o controle involuntário está relacionada com o centro respiratório localizado no segmento inferior do tronco encefálico, mais precisamente no bulbo raquidiano.

Quando a respiração é inconsciente, depende e está atrelada a padrões impressos, herdados geneticamente bem como aprendidos em fases iniciais do desenvolvimento. Impressões genéticas auxiliam a respiração a se adaptar às necessidades metabólicas em constante mudança no corpo. Impressões respiratórias aprendidas começam no útero - o feto tem seus movimentos em sintonia com a mãe através da sensibilidade audível e da própria respiração. Esses ritmos iniciais são fortemente reforçados no pós-natal nas interações com os cuidadores: os cuidadores são "reguladores psicobiológicos externos" do bebê enquanto ele é segurado, amamentado e aconchegado. O corpo do bebê vai captando e sintonizando diretamente com a respiração parental que sente ao longo de sua extensão (Schoore, 1994).

Quando a respiração se torna consciente, ela tende a se alterar: a atenção muda (Gilbert, 2002). Indícios da importância da respiração consciente como prática terapêutica abundam em revisão básica de anatomia e fisiologia da respiração. É geralmente entendido que nós respiramos porque precisamos de oxigênio do ar, sendo o oxigênio uma fonte básica de combustível para o metabolismo do corpo. Sem quantidades suficientes de oxigênio, morreremos dentro de minutos. Menos apreciado, mas de igual importância, é o fato de que precisamos expirar, a fim de descarregar os produtos residuais do metabolismo, em grande parte o dióxido de carbono (CO₂).

Se o CO₂ acumula-se no sangue a níveis críticos, a morte também é assegurada, embora isso leve horas em vez de minutos. No entanto, quantidades de CO₂ nos músculos e ossos são mantidas em um nível muito maior do que o O₂ ou nitrogênio. Se essas reservas de CO₂ se esgotarem, o corpo estará absorvendo mais oxigênio do que nossas necessidades para o metabolismo (Lowry, 1967). Ainda menos conhecido é que o equilíbrio ou proporção de oxigênio para dióxido de carbono no sangue também regula (e é regulado por) funções críticas do corpo, funções como equilíbrio de pH, níveis de açúcar no sangue, pressão arterial, desgaste metabólico, e o equilíbrio do sistema nervoso autônomo em seus ramos simpático e parassimpático.

O equilíbrio entre a excitação simpática e o relaxamento parassimpático, por sua vez, influenciam atividades como a Variabilidade da Frequência Cardíaca (VFC), os

níveis de hormônio do estresse (níveis de tensão), ataques de pânico e apneia do sono. A funcionalidade relativa ou disfuncionalidade dessas atividades corporais predizem muitos tipos de doenças, desde distúrbios autoimunes, diabetes, doenças cardíacas e até mesmo alguns tipos de câncer (Caldwell & Victoria, 2011). Cada vez mais, está se tornando evidente que a forma como respiramos pode influenciar fortemente a nossa saúde física, tanto a curto como a longo prazo.

Nakamura (1981) relata a pesquisa que primeiro identificou o aparecimento na corrente sanguínea de uma substância chamada endorfina, relacionada à prática de respiração profunda. Neste estudo, descobriu-se que a endorfina afeta o córtex cerebral e auxilia no esquecimento e na eliminação de receios e pavores da memória, atuando também consistente e eficazmente para regular a função de vários órgãos. A partir de então, verificou-se que a endorfina era eficaz na manutenção do conforto mental e físico.

Anatomicamente, inalar ativa o músculo diafragma, geralmente com a ajuda dos intercostais posteriores. Em tempos de maior necessidade metabólica, como exercício físico e mobilização diante de uma ameaça percebida, também tendemos a recrutar os músculos do pescoço (escalenos, esternocleidomastóideo). O músculo diafragma, em forma de cúpula logo abaixo dos pulmões, tem características de musculatura lisa e esquelética, dando-lhe uma capacidade única para operar tanto consciente quanto inconscientemente.

As características do músculo liso permitem manter a respiração enquanto se dorme, distrai-se ou fica-se inconsciente. As porções do músculo esquelético permitem alterar a respiração à vontade (Mattsson & Mattsson, 2002). Este recurso pode nos levar a uma das principais razões pelas quais a respiração pode ser tão importante na psicoterapia e nas tradições espirituais: ela abrange o processamento inconsciente, criando uma ponte entre eles (Holmes, McCaul & Solomon, 1978).

Na inspiração, os pulmões se expandem como resultado da contração do diafragma. Esta expansão pulmonar diminui a pressão de ar interno em relação à pressão de ar externo, o que puxa o ar externo para equalizar as duas pressões. Durante a exalação, o diafragma e os músculos inter-costais relaxam, comprimindo o tórax, aumentando a pressão do ar interno e permitindo que o ar saia dos pulmões.

A inspiração exige certo trabalho: temos que contrair o diafragma e intercostais para trazer novo ar vivificante. Em contraste, uma expiração normal requer o oposto: exige que deixemos o esforço. A exalação mais eficiente recruta a gravidade para

esvaziar muito (mas não todo) os pulmões de ar. Certamente, em exercício ou sob estresse, a tendência é de precisar empurrar ativamente o ar para fora (via intercostais laterais e abdominais, muitas vezes auxiliados por músculos do pescoço).

Mas sob a maioria das condições, tem-se que aprender a soltar quando expiramos. Dentro de condições respiratórias normais, a inspiração ativa ligeiramente o sistema nervoso simpático, causando um ligeiro aumento na excitação, e expiração ativa o sistema parassimpático, facilitando o relaxamento. Este simples ato que mantém a vida oscila entre esforço e liberação de esforço, excitação e descanso, ações carregadas de significado psicológico (Caldwell & Victoria, 2011).

Entre os parâmetros que indicam as condições fisiológicas de um ser humano, existe o valor do pH sanguíneo, o qual tem um mínimo ($\text{pH} = 7$) e um máximo ($\text{pH} = 7,8$). De acordo com Neves Neto (2011):

A respiração é afetada tanto por estímulos involuntários quanto por estímulos voluntários. O centro respiratório é capaz de aumentar e de diminuir tanto a frequência como a amplitude dos movimentos respiratórios, pois possui quimiorreceptores que são bastante sensíveis ao pH do plasma. Essa capacidade permite que os tecidos recebam a quantidade de oxigênio que necessitam, além de remover adequadamente o gás carbônico (p. 160-161).

Se a respiração estiver deprimida, as concentrações de CO_2 no sangue vão subir, fazendo com que o nível de acidez aumente, e o pH (7,2) do sangue se torne mais ácido. A acidose pode ser metabólica ou respiratória, como a causada por um esforço físico intenso. Neste caso, o centro respiratório é induzido à aceleração dos movimentos respiratórios. Dessa forma, tanto a frequência quanto a amplitude da respiração tornam-se aumentadas devido à excitação do centro respiratório para a eliminação de CO_2 . Caso o pH fique abaixo do normal (acidose), o centro respiratório é excitado, aumentando a frequência e a amplitude dos movimentos respiratórios. O aumento da ventilação pulmonar determina eliminação de maior quantidade de CO_2 , o que eleva o pH do plasma ao seu valor normal.

Ao contrário, um aumento na respiração pode fazer com que a concentração de CO_2 no sangue caia, fazendo com que a acidez do sangue diminua, tornando o pH alcalótico (muito alcalino). A alcalose geralmente leva a espasmos musculares, tetania, ansiedade e pânico (Rhinewine & Williams, 2007). Nakamura (1981) observa que, quando o pH excede 7,60, a tetania por hiperventilação ocorre. Esta condição pode ser

determinada por uma hiperventilação forçada, que expelle CO₂: e isso pode acontecer durante uma sessão, quando são usadas as respirações de carga. Neste caso, o centro respiratório é induzido a deprimir, diminuindo a frequência e a amplitude dos movimentos respiratórios. Com a diminuição na ventilação pulmonar, há retenção de CO₂ e maior produção de íons H⁺, o que determina queda no pH plasmático até seus valores normais (Neves Neto, 2011).

Como foi observado antes, alcalose ou acidose crônica podem causar danos a longo prazo ao bem-estar físico. Porém, não são necessariamente situações patológicas (embora existam várias patologias que as incluem como sintoma), e em alguns esportes são fornecidas pela própria prática. É o caso de atletas que realizam apneia, antes do mergulho através de hiperventilação forçada, o que gera uma alcalose (depressão do centro respiratório) e após, pela falta de ventilação, a apneia resulta em acidose. (ativação do centro respiratório) (Bonnet, s/d).

Farhi (1996) afirma que a respiração relaxada reforça o sistema imunológico, auxilia na absorção de nutrientes e proteínas, apoia o crescimento ósseo e aumenta a saúde celular geral do corpo. Além disso, acredita-se que a respiração equilibrada sustenta a circulação, mantém a clareza mental, fortalece as funções orgânicas e proporciona alívio da dor (Boerstler & Kornfeld, 1995 citado por Lovach, 1997). A respiração balanceada ou equilibrada, nesse sentido, é definida como uma relação entre a inspiração e a expiração, de modo que um pH sanguíneo adequado seja mantido. Caldweell & Victoria (2011) discutem que, infelizmente, muito pouca pesquisa foi realizada sobre o impacto psicológico decorrentes da acidose e alcalose, embora possa ser possível fazer algumas inferências através de pesquisas feitas sobre resposta ao estresse.

Farhi (1996) também enfatiza que a boa respiração aumenta a energia física e a concentração mental, através da oxigenação de todas as nossas células, e afirma que usar práticas respiratórias específicas de maneira consciente tem demonstrado diminuição de enxaqueca, de dor crônica, de ataques de pânico e redução de sintomas da asma. Já Perri e Halford (2004) enfatizam a redução da dor crônica através de práticas de respiração consciente. Pelo fato de a respiração ser tanto voluntária quanto involuntária, esta é influenciada por estados fisiológicos e psicológicos, os quais governam e são governados por respostas ao estresse. Chaitow et al., 2002 citam Ronald Ley:

Respirar é extremamente sensível ao estresse. Apneia e hiperventilação ocorrem em diferentes estágios de resposta respiratória ao estresse, dependendo da natureza quantitativa e qualitativa do estresse. Enquanto a apneia é limitada a períodos relativamente breves por barreiras fisiológicas que não podem ser ultrapassadas, a hiperventilação não é. Complicações adicionais resultam do fato da respiração ser a única função vital sob controle voluntário e involuntário (p. 205).

Embora o controle voluntário seja limitado por mecanismos fisiológicos, o comportamento respiratório dentro desses limites pode ser modificado pelo aprendizado. A condição-capacidade do comportamento respiratório tem um lado negativo e um positivo. O lado negativo é que os hábitos disfuncionais não saudáveis de respiração podem ser adquiridos. O positivo é que maus hábitos podem ser extintos e substituídos por bons hábitos.

A função involuntária da respiração é controlada através de centros respiratórios no cérebro. Segundo Gilbert (1998), existe um circuito organizado pelo nervo vago produzindo uma fase de inspiração e uma fase de expiração considerados como dois eventos separados controlados por dois mecanismos do sistema nervoso. Nos padrões respiratórios normais, esses dois mecanismos trabalham em conjunto, já em certas circunstâncias, como alto nível de estresse ou alta excitação emocional, esses dois mecanismos trabalhariam de forma independente. Sinais do sistema nervoso eferente (motor) ou mensagens do cérebro para o resto do corpo gerariam um excesso de inspiração e esses sinais devem ser inibidos para permitir que a expiração aconteça. Estes sinais do sistema nervoso são os que controlam o diafragma, que recebe sinais respiratórios através do nervo frênico, e outros músculos respiratórios.

Candwell & Victoria (2011) afirmam a existência de um inconsciente físico, referindo-se aos processos involuntários ou autonômicos. As atividades do sistema nervoso central, o metabolismo, a homeostase e até o processamento emocional que ocorrem abaixo da atenção consciente estariam estrutural e funcionalmente localizados nesse inconsciente físico. Uma das questões mais intrigantes que o estudo da respiração gera é sobre a relação entre o inconsciente físico e o psicológico, como a respiração pode se dar e de que maneira pode influenciar o psiquismo.

4. Tipos de respiração

Virgilio (2011), com base na psicoterapia corporal integrativa, apresenta quatro tipos principais de respiração e, para cada tipo, o aspecto do "hábito respiratório", entendido como prevalência de uma atitude ou outra na respiração habitual. Esses hábitos não objetivam uma respiração saudável e natural e, principalmente, uma boa ventilação de toda a extensão pulmonar, mas sim repercutem no nível médio de energia do indivíduo; o profissional, portanto, teria a tarefa de fazê-las notar pelo indivíduo, para que os hábitos possam se tornar conscientes.

Conger (1988) afirma que uma “boa” respiração seria aquela que estabelece um fluxo rítmico dentro do corpo, sendo este ritmo diferente dependendo das necessidades do corpo em uma situação particular. O corpo exigirá diferentes níveis de respiração dependendo de sua atividade e nível de excitação. “É ótimo respirar conscientemente, todavia, é o próprio corpo que busca continuamente, com seus vários sistemas e sua rápida capacidade para ajustar-se, a profundidade e a taxa de respiração [...] O que pode ser ideal para o organismo num dado momento, num certo tipo de exercício e excitação, pode não ser tão ideal nos próximos momentos” (Gilbert, 2002, p. 112). O cérebro irá ajustar a respiração de acordo com a necessidade do corpo por oxigênio. Por exemplo, durante a gravidez, a mulher respira de forma mais superficial, mas a um ritmo mais rápido para compensar sua diminuição de capacidade pulmonar.

Fisiologicamente, então, uma boa respiração possui um ritmo, cujo padrão é apropriado para as necessidades mutáveis do corpo. Quando a respiração não corresponde às necessidades fisiológicas, muitas vezes por razões psicológicas, na psicoterapia corporal tende-se a afirmar que a relação entre corpo, mente e emoções está desequilibrado.

A boa respiração massageia os órgãos internos e libera endorfina na corrente sanguínea (Mattsson & Mattsson, 2002; Nakamura, 1981). Middendorf e Roffler (1995) reconhecem que para ser um bom respirador deve-se chegar a um ponto onde a respiração é consciente, mas independente da nossa vontade. Lowen (1975/1982) reconhece que liberando o músculo diafragma e permitindo que flua mais ar para o corpo cria-se condições de saúde, bem-estar e uma sensação de prazer e contentamento. Ele percebeu que o sono contribuía para esta liberação do diafragma, observando a qualidade da respiração durante o sono.

4.1 Respiração clavicular ou respiração alta

Ocorre com elevação das costelas, clavículas e ombros e com a contração do abdômen, seguido da elevação do diafragma. Como um hábito respiratório, esta forma de respiração, embora muito cansativa, é encontrada em muitas pessoas. Na respiração alta, os ombros são levantados durante a inspiração. Ao mesmo tempo, observa-se uma tensão excessiva do abdômen, que faz os órgãos abdominais serem pressionados contra o diafragma. Isso impede a abertura da caixa torácica em correspondência à base pulmonar que não pode se dilatar suficientemente, onde o maior número de alvéolos se concentram. Nesse caso, a troca gasosa é insuficiente.

4.2 Respiração Torácica ou Costal ou Respiração Média

Essa técnica de respiração é típica de cantores, que têm que sustentar a voz por um longo período de emissão. Para controlar voluntariamente a desaceleração da expiração durante o canto, a musculatura do abdômen e do assoalho pélvico são contraídas. Na inspiração, a musculatura é relaxada imediatamente para que os pulmões encham muito rapidamente de oxigênio (inspiração reflexa).

Como hábito respiratório, com uma simples respiração torácica ou costal já se obtém maior dilatação do espaço torácico. Como ferramenta terapêutica, a respiração torácica estimula o sistema nervoso simpático, estimula, excita e impele rapidamente a emoções, podendo trazer agitação ou euforia. Esta respiração seria adequada para indivíduos que tendem à depressão e à fadiga crônica.

4.3 Respiração abdominal ou diafragmática

Se fala de respiração abdominal quando o diafragma se contrai durante a inspiração, descendo dentro da cavidade abdominal. Este movimento provoca uma massagem dos órgãos abdominais, que movem os músculos abdominais, tônicos, mas ainda elásticos, para a frente e lateralmente, causando um inchaço do abdômen e da cintura. A parte inferior dos pulmões abre-se facilmente e enche-se de ar.

Como um hábito respiratório, se a respiração é puramente abdominal, a parte inferior dos pulmões é preenchida com ar em abundância, enquanto a parte superior não recebe ar em proporção inferior.

Como ferramenta terapêutica, a respiração abdominal estimula o sistema nervoso parassimpático, que relaxa, dá uma sensação de aterramento e descanso. É uma espécie de respiração, por natureza, mais lenta: mesmo que seja carregada, ela se dá de forma mais relaxada e tranquila. Este tipo de respiração é aconselhada ao paciente quando este

estiver muito agitado e sob pressão. Com a respiração abdominal profunda, um relaxamento e vitalidade são trazidos para o corpo do mesmo. Ao discutir a respiração abdominal, Lowen e Lowen (1985) observam:

Aqui é onde nossos desejos mais profundos têm seu início. Se você está decidido em suprimir seus sentimentos, mantenha sua barriga apertada. Mas então você deve aceitar o fato que você não será uma pessoa vibrantemente viva. E se você reclamar de um vazio interior, você deve perceber que você está bloqueando sua própria plenitude de ser (p. 26).

O diafragma não tem terminações nervosas que permitam senti-lo mesmo no seu próprio movimento, mas é possível sentir o que acontece ao redor do diafragma quando ele se move, conseqüentemente, pode-se verificar se está se movendo. "Não é necessário levantar ou abaixar o abdômen; isso acontece naturalmente e é o resultado do movimento do diafragma. Os músculos do abdômen devem estar completamente relaxados" (Howard, 2006, citado por Virgilio, 2011, p. 11).

A importância do relaxamento abdominal pode ser entendida (e especialmente sentida) pelo indivíduo:

Quando os músculos abdominais estão esticados (tensos), é difícil respirar profundamente. É possível experimentar: endurecer o abdômen como se alguém fosse socar o estômago. Ficar com o abdômen endurecido e tentar respirar profundamente. É muito difícil fazer isso. Relaxando os músculos abdominais, fazer uma respiração profunda. O quanto é mais fácil? (Ibidem).

4.4 Respiração completa

“É uma onda respiratória, que começa nas profundezas do abdômen, com um movimento retrógrado da pélvis. Isso permite que a barriga se expanda para fora. A onda então se move para cima enquanto o resto do corpo se expande” (Lowen & Lowen 1985, p.33).

A profundidade da respiração é definida pelo comprimento da onda respiratória, não pela sua largura. Quanto mais profunda a respiração, mais a onda se estende até a parte inferior do abdômen. Na respiração, movimentos respiratórios profundos realmente envolvem o assoalho pélvico e podem ser percebidas sensações nessa área do corpo.

A respiração completa inclui barriga e peito, criando um equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático, embora não seja uma respiração específica para esse propósito, parcialmente envolvendo o nervo vago, cuja estimulação tem indubitável efeitos benéficos.

5. Respiração, alento e sopro enquanto símbolos

A respiração é como uma ponte: em muitas culturas, acredita-se que o processo de respiração é o princípio do ser. Como um processo rítmico de contração e expansão, a respiração é um exemplo de polaridade constante que encontramos na natureza como dia e noite, sono e vigília, o crescimento e a decadência e, finalmente, a vida e a morte (AMSA, s/d).

O uso de técnicas baseadas no controle voluntário da respiração para a redução do estresse e a promoção do bem-estar biopsicossocial e espiritual tem sua origem em tradições médicas remotas, tais como nos rituais e cânticos xamânicos, na ayurveda e yoga da Índia, no qi-gong e acupuntura da China, nas práticas espirituais da medicina tibetana e também na medicina hipocrática da Grécia (Jonas & Levin, 1999; Helman, 2003).

No Oriente, tanto na Índia quanto na China, identificou-se uma função diferenciada para a respiração, para além das trocas gasosas de oxigênio e gás carbônico. A chamada "Respiração Interior", como há milênios as escolas orientais a entendem, fornece o abastecimento da energia vital ao corpo e, por isso, essas escolas desenvolveram técnicas de respiração com objetivos específicos para diferentes estados energéticos e psicofisiológicos.

Na Índia antiga, já foi percebido esse valor: há grandes quantidades de práticas que empregam a respiração, referidas como Pranayama, que é o quarto dos oito membros que compõem o Yoga, e é descrito no Bhagavad-Gita (cerca de 2000 anos atrás) (Yogiclogic, s/d). O texto secular do Hatha Pradipika apresenta que, “enquanto a respiração estiver irregular, a mente estará instável, mas, quando se aquieta a respiração, a mente também o fará e o yogin viverá longo tempo; deverá, então controlar sua respiração.” (Souto, 2009, p. 52).

No Yoga, a respiração é reconhecida como energia universal (prana) que pode ser usada para o equilíbrio entre o corpo e a mente, entre o

consciente e o inconsciente, e entre o sistema nervoso simpático e o parassimpático. Ao contrário de outras funções corporais, a respiração pode ser usada facilmente para a comunicação entre esses sistemas (AMSA, s/d).

O Pranayama é uma disciplina muito complexa e, como o Yoga, requer a supervisão de um guru ou de um professor especializado. No entanto, Pranayama teve influência sobre muitas outras práticas atuais de respiração. Esta importância é, centenas de anos depois, trazida pelos fundadores da psicoterapia corporal.

Na China acreditava-se que o propósito de se levar o ar para dentro do corpo através da inspiração era absorver uma poderosa energia capaz de sustentar a vida. O tratado clássico de acupuntura *Su Wen* refere que, “quando a energia tiver em excesso, irá ocorrer respiração acelerada, tosse e reversão ascendente da energia do paciente; quando a energia estiver insuficiente, irá ocorrer respiração difícil e pouco alento” (Wang, 2001, p. 45).

Em seu comentário sobre o Segredo da Flor de Ouro, Jung (1957/2003) observa que as metáforas alquímicas chinesas de "corpo de diamante" ou "fruto sagrado" referem-se ao corpo purificado, incorruptível da respiração ou corpo-espírito procurado pelos adeptos taoístas em sua busca pela imortalidade espiritual. Para Jung, essa busca essencial está presente na humanidade sobretudo na segunda metade da vida.

Psicologicamente, essas expressões simbolizam uma atitude que está além do alcance de envolvimento emocional e choques violentos - uma consciência separada do mundo. Eu tenho razão para acreditar que essa atitude se inicia depois da metade da vida média e é uma preparação natural para a morte [...] A filosofia do yoga chinês é baseada nesta preparação instintiva para a morte como um objetivo. Em analogia com o objetivo da primeira metade da vida - procriação e reprodução, os meios de perpetuar sua existência física - é tomado como meta da existência espiritual, a geração simbólica e o nascimento de um "Corpo Espiritual" ou “Corpo de Respiração” que assegura a continuidade da consciência desapegada (após a morte do corpo) (p. 46).

Quanto à associação da respiração, vento ou sopro, e a origem da vida Nakamura (1981) refere:

Na mais antiga história do Japão, o lendário *Nihon shoki*, há um verso segundo o qual “o panteão de divindades” nasce “em meio a uma cena de nevoeiro que se assenta enquanto o vento geme como se o ar desse um grande suspiro”. A respiração era, pois, considerada da maior importância e tida como fundamento da humanidade. Da mesma forma, na Europa, expiração significa morte, e inspiração, sensação espiritual e excitação da alma (p. 13).

O Antigo Testamento também faz referência ao alento como princípio da criação. “O termo *Ruá* (ruach) é geralmente traduzido por Espírito - de Deus – o equivalente a Sopro” (Chevalier & Gheerbrant, 1988, p. 850): “e formou o senhor Deus o homem do pó da terra, e soprou em suas narinas o fôlego da vida; e o homem foi feito alma vivente” (Gênesis 2:7).

Curiosamente, em diversas culturas, o termo designado para a respiração é o equivalente ao espírito ou à energia vital, tais como: prana (sânscrito), qi (chinês), pneuma (grego), ruach (hebraico) e spiritus (latim), significando a vitalidade que há em abundância no espaço intermediário entre o céu e a terra. “Respirar é assimilar o poder do ar; se o ar é símbolo do espiritual do sopro, respirar será assimilar um poder espiritual” (Chevalier & Gheerbrant, 1988, p. 778-779).

Carl Jung (1957/2003) chama a atenção para a prática dos feiticeiros zulus, que curam um doente soprando numa orelha com um chifre de boi, para expulsar do corpo os espíritos malignos. O autor relata o encontro com um ancião africano Elgonyi que descrevera e demonstrara uma cerimônia ritual antiga de sair da cabana pela manhã, cuspidando e soprando vigorosamente nas mãos antes de mantê-las em direção ao sol. Para Jung (1975) esta era uma oferenda sagrada para o sol, onde o cuspe e a respiração representavam a força vital e o poder de cura espiritual.

Se eles respiram em suas mãos, a respiração é vento e espírito – isto é, *roho*, em árabe *ruch*, em hebraico *ruach* e em grego *pneuma*. A ação significa: Eu ofereço minha alma viva a Deus. É uma oração sem palavras, que pode ser igualmente pronunciada: Senhor em tuas mãos eu entrego o meu espírito (p. 72-73).

Além disso, Jung (1935/1985) valia-se da leitura corporal dos seus pacientes ao aplicar o teste de associação de palavras, a partir do qual comenta as características da respiração dos mesmos durante a aplicação; ele observa as nuances de alteração do

ritmo respiratório que sugerem a diferença de reação do indivíduo frente a complexos conscientes e inconscientes.

Os presentes diagramas ilustram muito bem as diferenças de reações entre os complexos conscientes e os inconscientes. Em C, por exemplo, o complexo é consciente. A palavra estímulo atinge a pessoa causando uma inspiração profunda. Mas, quando atinge um complexo inconsciente, o volume da respiração é restrito, como se pode ver em D. Há um espasmo do tórax, quase não havendo respiração. Dessa forma prova-se empiricamente a diferença fisiológica entre reação consciente e outra inconsciente (p. 134).

Para os celtas o sopro tem propriedades mágicas, como símbolo e instrumento de força do druida Mog Ruith contra inimigos, no relato de Siège de Druin Damhghaire (Chevalier & Gheerbrant, 1988). Além disso, curiosamente, o simbolismo de soprar velas no aniversário resgata também o sopro como marca criadora de um novo ciclo:

Símbolo da vida ascendente, a vela é a alma dos aniversários. Tantas velas, tantos anos, e tantas etapas no caminho da perfeição e da felicidade. E se é preciso apagá-las de um único sopro, é menos no intuito de lançar essas pequeninas chamas na noite do esquecimento (a fim de anulá-las no passado, com suas cicatrizes de queimaduras), do que para manifestar a persistência de um sopro de vida superior a tudo aquilo que já foi vivido (p. 850).

Não só à vida, o alento está associado, mas também à morte com a contraparte da inspiração, a expiração ou último suspiro de morte. Boerstler & Kornfeld (1995) descrevem e resgatam uma forma de meditação e relaxamento profundo feita por duas pessoas para facilitar a condição de adoecimento e morte, inspirada na co-meditação, uma prática antiga originalmente desenvolvida no Tibete. A co-meditação envolve a vocalização de sons ou frases específicos em sincronia com as exalações e imagens da outra pessoa. O Tibete foi o berço de técnicas específicas que objetivavam a transição entre vida e morte, com a retirada da consciência do corpo do falecido, orientando-a para outra dimensão. Escrito no século VIII a. C., o *Livro Tibetano dos Mortos* ou o *Livro da Liberação através da Escuta* teve sua primeira tradução para o inglês em 1927

e consiste num guia para a consciência do indivíduo à beira da morte na transição e nos estágios pós-morte, chamados especificamente de bardos.

De acordo com Boerstler & Kornfeld (1995), os benefícios da co-meditação incluem a diminuição do desconforto físico e psicológico, melhora do sono e diminuição do sentimento de desamparo. Os autores resgatam estudos que têm apoiado a ligação entre senso de controle durante doença grave, comportamento adaptativo e afeto positivo. A co-meditação é uma alternativa que pode auxiliar os pacientes a adquirirem um senso de controle sobre sua vida e processo de morrer.

6. Respiração na prática psicoterapêutica

Wilhelm Reich, discípulo de Sigmund Freud e precursor da psicoterapia corporal, observava as reações corporais de seus pacientes, como a retenção da respiração ao resistirem à expressão dos próprios sentimentos e pensamentos no *setting* terapêutico. Suas percepções sobre bloqueios respiratórios e couraças musculares, que constituiu a base de seu trabalho, são evidentes quando ele relata sua perspectiva sobre a função do diafragma na restrição da respiração e do sentimento. Reich (1933/1995) escreve: “A razão para esta forte resistência à plena pulsação do diafragma é bastante clara: o organismo se defende das sensações de prazer ou de ansiedade que inevitavelmente aparecem com o movimento diafragmático” (p. 381).

Reich praticou a psiquiatria psicanalítica, opondo-se ao regime nazista e, em 1934, fugiu para os EUA, onde desenvolveu sua pesquisa sobre a função da energia orgone, tentando fornecer algum grau de evidência científica para o prana, a teoria da libido e o papel psicodinâmico desempenhado por essa energia vital obtida sobretudo pela respiração. No desenvolvimento de sua Vegetoterapia, trabalhou particularmente para aprofundar e liberar a respiração, a fim de melhorar e intensificar a experiência emocional.

Como analista, Reich havia observado que os pacientes prendiam a respiração quando resistiam à expressão plena e livre de seus pensamentos e sentimentos e que a plenitude no viver estava relacionada ao uso ideal da energia vital, em geral, e da sexualidade, em particular. Seus *insights* cinestésicos sobre os bloqueios respiratórios e couraças musculares, que formaram a base para o seu posterior trabalho de análise do caráter, são claramente apresentados na perspectiva psicodinâmica sobre a função

diafragmática na restrição da profundidade da respiração e, conseqüentemente, na expressão dos sentimentos.

Reich trouxe à perspectiva libidinal de Freud uma abordagem que dava ênfase à experiência sexual plena, sendo a saúde associada a uma troca sexual amorosa e desinibida que leva a orgasmos satisfatórios. A doença/neurose era, portanto, percebida como diretamente relacionada à tensão conseqüente de uma sexualidade bloqueada ou reprimida, formando uma couraça corporal e de caráter, que exigia a liberação total, a fim de restabelecer o fluxo livre de energia (Dychtwald, 1977). Muitos métodos terapêuticos modernos, como a análise bioenergética, a técnica de Alexander, a terapia Gestalt, Rolfing e Feldenkraus são descendentes diretos de sua abordagem.

Embora muitas das ideias de Reich tenham sido úteis e influentes (por exemplo, o reconhecimento dos estados corporais), o trabalho sobre a energia orgone recebeu, no máximo, aceitação marginal mínima, sendo controversa e inaceitável para a *Food and Drug Administration* dos EUA, que negou a existência da energia orgone, confiscou e destruiu alguns de seus livros. Esta campanha contra Reich foi fundamental para a sua prisão e posterior morte na Penitenciária Federal em Lewisburg, Pensilvânia.

Alexander Lowen (1965/2009), discípulo de Reich, afirma:

A importância de uma respiração correta para a saúde física e emocional é muitas vezes negligenciada pela maioria dos médicos e terapeutas. Sabemos que a respiração é necessária para viver, que o oxigênio fornece energia necessária para a movimentação do corpo, mas não percebemos que uma respiração inadequada reduz a vitalidade.

Quando habitualmente reclamamos do nosso cansaço e exaustão, não o relacionamos à respiração. E, muito frequentemente, a depressão e o tédio são o resultado direto de uma respiração insuficiente. Nosso metabolismo tem uma combustão lenta se o oxigênio necessário é escasso. O indivíduo que respira pouco não brilha com vida, pelo contrário, é frio, mole, pouco vital, falta calor e energia: sua circulação é diretamente influenciada pela falta de oxigênio (p. 86).

O principal desenvolvimento e expansão do trabalho de Reich pode ser atribuído a Alexander Lowen, um advogado de Nova York, que era paciente de Reich em 1942, e continuou como seu aluno. Formado em psicoterapia, completou o curso de Medicina na Universidade de Genebra e, com o colega John Pierrakos, fundou a Análise

Bioenergética, uma forma específica de psicoterapia somática, baseada na integração entre corpo e mente. A análise bioenergética está enraizada no trabalho de Reich, mas também traz inspirações de conhecimentos energéticos de origem hindu e taoísta relacionados à função psicossomática da respiração como revelada na seguinte citação: “A respiração desempenha um papel importante na bioenergética porque é através da respiração profunda e completa que a energia para uma vida mais espiritual e espirituosa é convocada” (Lowen, 1975/1982, pg. 66).

Lowen (1979) desenvolveu vários procedimentos, desde manipulação a exercícios corporais especiais que se tornaram padrão, técnicas para entrar em contato e liberar as tensões do corpo através do movimento físico. Seu foco estava no alinhamento corporal, a fim de permitir que a experiência emocional problemática fosse liberada, a respiração fluísse naturalmente através do corpo e, conseqüentemente, aumentasse a consciência corporal. Seguindo o pioneirismo de Reich, explorou como o corpo assume posturas que tornam-se estruturalmente moldadas por experiências psicoemocionais na neurose e nas emoções tais como alegria, felicidade e liberdade, relacionando-se com o fluxo livre de energia corporal. Lowen também reconheceu a importância das dimensões espirituais para qualidade de vida, estimulando o advento de vários modelos de psicoterapia corporal holística, todos tentando criar uma união de corpo e mente através do livre fluxo da respiração (Lowen 1992; Sherwood 2007).

A psicoterapia baseada no corpo é psicodinâmica na medida em que permite que movimento, sentimentos e experiências anteriormente evitados sejam reativados, permitindo assim que material psíquico inconsciente venha à luz e se torne acessível para amplificação e interpretação. O efeito terapêutico é baseado em novas oportunidades para processar a experiência, possibilitando a sua reavaliação, conclusão e integração terapêutica através da mobilização energética em um nível corporal imediato (Virgilio, 2011).

Técnicas essenciais nesse sentido contemplam o aprofundamento da respiração e a liberação de tensões por intervenções especiais na respiração e liberação muscular, bem como outras técnicas expressivas. Processos mentais e intelectuais são temporariamente suspensos. O acesso recém-adquirido pelos pacientes às profundezas da experiência emocional traz mudanças concomitantes no funcionamento intelectual e social. Além disso, através da prática de *grounding* - uma postura fisicamente segura (enraizamento), mas flexível, melhora a conexão fenomenológica com a realidade e facilita o trabalho terapêutico em todas as esferas da vida (Lowen, 1979).

A respiração também é um dos fundamentos do estilo terapêutico da Psicoterapia Corporal Integrativa (IBP) - sigla inglês de *Integrative Body Psychotherapy* -, fundada por Jack Lee Rosenberg. No aconselhamento de IBP, a respiração é usada para aumentar o nível de excitação no corpo do paciente. “A experiência dessa excitação é chamada de "carga"- a sensação de energia ou vitalidade em seu corpo que acontece quando você está "ligado" sentindo um forte interesse, atração, antecipação, harmonia, amor, sexualidade, libido, apaixonamento, alegria, etc” (Rosemberg et. al., 1996, p. 85).

Fazer o paciente aumentar a carga através da respiração, desde as primeiras sessões, pode ser útil para entender qual o nível máximo de carga tolerável, sendo necessário ao terapeuta observar quando o paciente interrompe o exercício como estratégia de defesa ao contato com conteúdos emocionais. A defesa também está envolvida e reflete sobre o modo como o paciente respira. Baseada na psicoterapia corporal de Reich e Lowen, a IBP também explora o potencial de uso da respiração para:

- Estimular o sistema límbico, composto de estruturas que suportam várias funções psíquicas, como emotividade, comportamento, memória de longo prazo e cheiro;

- Acessar emoções: a respiração profunda cria um acesso automático às emoções. Respirar leva o indivíduo do nível verbal ao emocional: o neocórtex, que serve ao pensamento e expressão verbal, é colocado em segundo plano. Terekhin (1995), de forma semelhante, aponta a relação entre hiperventilação voluntária, durante o trabalho de respiração holotrófica psicoterapêutica, e estados alterados de consciência, revelando a influência da hipocapnia (redução de Co₂ no sangue) sobre alguns mecanismos fisiológicos relacionados à respiração, induzindo a estados alterados de consciência, incluindo o acesso direto às emoções. A hipocapnia induzida pela hiperventilação voluntária afeta diretamente a hemodinâmica cerebral regional e local e, portanto, pode modificar o estado funcional das estruturas cerebrais. Essa modificação foi representada pela substituição da integração cortical pela integração diencefalogênica.

A forma de respirar pode afetar diretamente regiões do cérebro ligadas às nossas emoções, como o hipocampo e amígdala. Sobre a relação da amígdala e as emoções, Santucci (s/d) afirma:

A amígdala, estrutura do sistema límbico, tem uma posição privilegiada na arquitetura cerebral que lhe permite apreender uma grande parte do cérebro, incluindo a mente racional e

impondo-lhe seus comandos. [...] Entradas sensoriais são direcionadas para o tálamo e logo para a amígdala; do tálamo um segundo sinal é então enviado ao neocórtex, o chamado cérebro pensante. Essa ramificação permite que a amígdala comece a responder antes do neocórtex, que processa informações através de vários níveis de circuitos cerebrais, a fim de produzir uma resposta mais refinada do que a amígdala.

Isso significa que a amígdala pode acionar uma resposta emocional antes que os centros corticais tenham entendido o que está acontecendo. Os sinais que passam diretamente para a amígdala correspondem aos sentimentos mais primitivos e potentes: isso explica a capacidade da emoção de sufocar a racionalidade (<http://www.psicologiapisa.it/>).

O poder de liberação desses exercícios pode reduzir a pressão de emoções armazenadas por muito tempo, positivas ou negativas. Quando se apresentam essas ocorrências (algumas dessas sensações podem ser fascinantes, mas outras ansiogênicas), o paciente é convidado a entrar em contato com esse conteúdo por alguns minutos e depois deixá-los ir, com uma exalação sonora (Virgilio, 2011).

- Apoio nos momentos intensos da vida: amor, sexo, experiências espirituais, desentendimentos, brigas, etc. São momentos de alta intensidade e podem atingir um nível que seja intolerável para o indivíduo. Nestes momentos, como bem observou Reich (1933/1995), as pessoas tendem a prender a respiração, conectando-se a um dos "F" fornecidos pelo cérebro reptiliano: "fight or flight or freeze", lutar ou fugir ou congelar (Neves Neto, 2011) e, em cada caso, a vitalidade é de certa forma alterada ou bloqueada no momento, mesmo quando é agradável. O indivíduo inconscientemente encolhe o corpo e até mesmo reverte seus ritmos normais. Devido à respiração e ao movimento empregados em psicoterapia corporal, é possível evitar essa inibição de fluxo de energias que percorrem o corpo com o desenvolvimento da autoregulação pelo paciente. Este é um dos aspectos mais importantes no desenvolvimento de práticas respiratórias terapêuticas.

- Auxiliar no relaxamento dos músculos contraídos cronicamente: respirando profundamente, a chamada "couraça muscular" relaxa internamente e não apenas superficialmente, como acontece em algumas massagens e manipulações. Além disso, não é remota a possibilidade do despertar de "lembranças corporais", como o chama

Rosemberg: soltando algumas das tensões do corpo, o que quer que esteja armazenado no mesmo pode retornar à superfície sob a forma de pensamentos, imagens, sonhos, sensações ou emoções. Estas são mensagens do passado e não descrevem necessariamente a condição atual do paciente.

- Acessar a “ferida primária”: a respiração facilita a conexão com as feridas mais remotas e profundas, despertando memórias corporais. Este aspecto é mais importante para o terapeuta, porque é raro o paciente querer espontaneamente acessar a dor da ferida primária, tanto pela intensidade emocional envolvida quanto pelo fato de que essa memória encontra-se a nível inconsciente.

7. Respiração Holotrópica de Grof

O principal interesse de pesquisa de Stanislov Grof foi no potencial terapêutico dos estados não-ordinários de consciência. Sua pesquisa sobre estados psicodélicos associados ao LSD conduziram à prática de uma forma de respiração chamada holotrópica, que, a partir de suas raízes gregas "holos" e "trepein", significa "avançar para a totalidade". Inspirado por um tipo de respiração xamânica e processos de renascimento, a respiração holotrópica compreende cinco elementos: processo grupal; respiração rápida ou hiperventilação; música evocativa; trabalho corporal focado e desenho expressivo.

Este tipo de trabalho geralmente é feito em grupos, com pares de pessoas revezando-se como respirador e suporte, além da presença de facilitadores treinados disponíveis para auxílio, se necessário. O efeito geral é uma ampliação da experiência seguida de cura (em termos usados por Groff), ou de ressignificação, especialmente do corpo, do inconsciente pessoal, do processo de nascimento e categorias transpessoais de experiência (Grof, 1988/1997).

Supõe-se que o trabalho de respiração holotrópica opera por meio de um mecanismo biopsicológico que resulta em exposição experiencial a representações internas temidas, extinção de comportamentos encobertos de evitação e consequente catarse (Rhinewine & Williams 2007).

Embora muitos participantes tenham provado as qualidades terapêuticas da respiração holotrópica, outros sentem o método como não natural, artificial e intrusivo. O próprio Grof (1988/1997) observou que o trabalho pode gerar sofrimento emocional e psicossomático, para os quais a respiração continuada geralmente traz boa

resolução. As perturbações incluem sacudidas violentas, fazer caretas, tosse, engasgos, vômitos, uma variedade de movimentos e ampla gama de sons incluindo gritos, conversa de bebê, sons de animais e fala em línguas desconhecidas ou estrangeiras. Em alguns casos, trabalho corporal, como massagem e acupressão, é necessário. As contra-indicações incluem: problemas cardiovasculares graves, glaucoma, distúrbio psiquiátrico prévio, gravidez e epilepsia.

A respiração holotrópica tem provocado vários comentários críticos em relação à necessidade de se regressar ao estado perinatal para resolver o trauma do nascimento; preocupações de profissionais quanto à possibilidade da hiperventilação causar convulsões ou precipitar surtos psicóticos em pessoas com tais predisposições; visão de que os métodos inspirados na respiração xamânica só podem ser entendidos corretamente no contexto de suas culturas originais e as motivações e conhecimento dos facilitadores que oferecem os trabalhos de respiração holotrópica em um contexto comercial. Grof (1988/1997) contestou muitas das críticas médicas, argumentando que elas são baseadas em mal-entendidos dos processos fisiológicos e psicológicos envolvidos. Enfatizou a natureza aventureira do método e concluiu que a respiração rápida não é em si um fenômeno patológico, mas que, com apoio e orientação hábeis, o surgimento de sintomas pode resultar na resolução de problemas emocionais e psicossomáticos.

8. Rebirthing

Rebirthing significa literalmente “renascimento”, entendido como uma renovação e uma nova descoberta do eu e como uma chance de reviver as experiências psicofísicas e emocionais de nascimento e experiência pré-natal (<http://www.rebirthing-online.it/cosa-rebirthing.shtml>). Deriva do Pranapanagati (uma das técnicas de Pranayama) e era uma técnica bem conhecida praticada por yogues hindus e budistas. É denominada atualmente de Rebirthing por Leonard Orr e seus seguidores e tornou-se o tema do livro *Rebirthing in the New Age*, que Orr escreveu junto com Sondra Ray, em 1977. Na sua aplicação concreta, Canevaro (s/d) propõe que o Rebirthing consiste em uma técnica respiratória com as seguintes características:

1. A respiração é circular, isto é, sem pausas entre o final da expiração e o início da inspiração e entre o fim da inspiração e o começo da expiração. As fases da respiração se juntam em um círculo, unindo o

interior e o exterior; portanto, fala-se também de *Respiração Conectada* ou *Circular*.

2. A respiração é completa, não apenas abdominal ou torácica e, durante a inspiração, tenta-se abrir todo o espaço interior, não violentamente, mas com firmeza.

3. A respiração é fluida, não mecânica, seguindo um ritmo natural e espontâneo que varia de acordo com as necessidades de energia do momento.

4. A expiração também ocorre naturalmente; o ar flui sem que necessite empurrá-lo com força.

5. A respiração é realizada apenas pelo nariz ou apenas pela boca. A respiração através do nariz é mais adequada em momentos de concentração; a respiração pela boca é indicada para momentos de maior intensidade emocional. Pode-se alternar a respiração através do nariz e da boca de acordo com as circunstâncias e necessidades terapêuticas.

6. Este tipo de respiração é mantida por muito tempo, geralmente por pelo menos uma hora, mas em certas ocasiões por até duas horas ou mais. Geralmente, é preferível manter os olhos fechados.

7. Durante a respiração, o corpo está em um estado de quietude, de relaxamento, mas, se surgem tensões, é sugerido abandonar-se a elas sem tentar resistir. É aconselhado adotar uma atitude de disponibilidade e abertura, permitindo emergirem sensações agradáveis e dolorosas. Com a correta aplicação deste tipo de respiração, é possível respirar conscientemente, livre e abertamente, deixando-se deslizar eventualmente no riso ou choro, e fluindo suavemente através das diferentes fases até alcançar uma sensação de total contentamento e relaxamento (http://www.altrasalute.it/rebirthing_00001e.html).

Normalmente, o Renascimento é praticado em uma única sessão, mas variantes também são oferecidas, como: Renascimento em grupo, Renascimento de casal, Renascimento em água quente ou fria.

Grof (2011) discute a diferença entre a Respiração Holotrófica e o Renascimento de Leonard Orr. Ele menciona que a respiração é utilizada inicialmente em ambos os métodos como um processo de autoexploração psicossomática e de cura,

mas que, diferentemente de outros métodos, a Respiração Holotrópica não dá instruções específicas de como a técnica de respiração deve ser utilizada durante a sessão. Ele sugere que, após um período de respiração contínua acelerada, o participante entra num estado holotrópico de consciência e, então, se permite que a própria inteligência de cura oriente a respiração. No entanto, existe um comando inicial de respiração rápida e acelerada, por um período considerável de tempo, o que, de certa maneira, consistiria em um método de intervenção respiratória.

Mas, acima de tudo, distingue a Respiração Holotrópica pela sua estrutura abrangente, baseada em décadas de pesquisas do estado holotrópico de consciência e, ancorada na psicologia transpessoal, tentando trazer certo grau de rigor científico e intelectual que a tornaria uma técnica aceitável por profissionais da área de cuidados integrativos com treinamento acadêmico. Grof (2011) acredita que o Renascimento é uma técnica muito poderosa e eficiente de autoconhecimento e cura, porém critica a maneira simplista e não científica com que Leonard Orr concebe a sua técnica.

Os estudos que tratam do recurso dos estados ampliados de consciência em terapia, como a respiração holotrópica e o rebirthing, convergem na direção de que esses estados podem ajudar na organização e compreensão de conteúdos do inconsciente, fornecem suporte empírico inicial para a afirmação de que psicoterapias orientadas experimentalmente com a utilização da Respiração Consciente podem ser modalidades terapêuticas úteis e sugerem linhas de pesquisa para testar as hipóteses dos efeitos psicoterapêuticos da Respiração Consciente, afirmando que o procedimento não parece ser prejudicial para os indivíduos que procuram psicoterapia (Hanratty, 2002; Terekhin, 1995; Holmes et al., 1996).

9. Precauções e cuidados no uso da respiração: patologias e a relação terapêutica

Algumas patologias, ou circunstâncias, como a gestação requerem prudência no uso terapêutico da respiração, devendo ser evitada em pacientes que apresentam ou têm histórico de: epilepsia; asma; cardiopatias graves; infartos (ataques cardíacos); acidente vascular cerebral; uso de drogas psicotrópicas; transtornos da personalidade; personalidade limítrofes.

Quanto à relação terapêutica, nos trabalhos que envolvem o uso da respiração a literatura aponta alguns aspectos que devem ser levados em conta e algumas técnicas de manejo, diante de situações de resistência ou emergência de defesas.

O paciente geralmente entra em terapia com padrões de respiração não conscientes que estão literalmente criando estados fisiológicos que colocam o corpo em alerta máximo, criando percepções sobre o quão seguro ou inseguro, acolhedor ou hostil, o mundo é. Desta maneira, é indispensável, no contrato terapêutico, explicar ao paciente que a respiração será uma ferramenta primária nas sessões terapêuticas, assim como o movimento ou outros instrumentos que aparentemente não pertencem ao mesmo domínio que o problema que o paciente traz.

Caldwell e Victoria (2011) enfatizam a importância do treinamento do terapeuta, que lhe permita avaliar com precisão os padrões de respiração do paciente, tanto em repouso quanto sob estresse, para projetar com precisão as intervenções de respiração que mantenham o paciente modulado e regulado, enquanto também ensina padrões respiratórios mais saudáveis.

“Parcialmente, os padrões de respiração são socialmente aprendidos, sendo assim os terapeutas também devem ser cientes do campo intersubjetivo da respiração” (Caldwell e Victoria, 2011, p. 98). Em outras palavras, os padrões respiratórios dos terapeutas podem influenciar e ser influenciados pela respiração do paciente, como efeito da co-regulação fisiológica que ocorre na relação terapêutica - uma forma de “transferência psicobiofisiológica”.

Atentar também para a influência do fluxo dinâmico respiração-emoções: sentimentos e sensações podem ser alterados pela maneira como se respira e se produz movimentos. “Por sua vez, as emoções alteram imediatamente a respiração e o modo de se movimentar. E tanto a respiração quanto o movimento afetam a carga de energia” (Rosemberg et. al., 1996, p. 87).

Quando as emoções emergem, é fácil se deixar levar, tanto o terapeuta quanto o próprio paciente, principalmente. Nesses casos, em Psicoterapia Corporal Integrativa a orientação é colocar a respiração em primeiro plano.

As emoções, que criam comoções, devem ser distinguidas das cenas (que são exageradas e levam o paciente a evitar o contato). Nas cenas, o paciente está focado em dirigir o drama, a emoção é espetacular para o terapeuta. Mantendo contato visual isso não se torna possível; portanto, em verdadeira emoção, o contato visual é recomendado, assim terapeuta e paciente entram em sintonia. As emoções reprimidas que se manifestam através da respiração precisam de espelhamento e elaborações. É necessário ainda equilibrar a respiração e as emoções. Se a emoção surge em primeiro plano, a

carga na respiração não deve ser exagerada para que a sessão seja levada até o fim (Virgilio, 2011).

O aumento da carga de energia pode levar o paciente a situações "desconfortáveis", como, por exemplo: sensações não conhecidas, emoções reprimidas, contato com imagens traumáticas, etc, sendo provável que, nesses momentos, ative um ou mais das seguintes estratégias de defesa:

- Entra em "split off" (cisão): o paciente sai de si, visto de fora parece encantado, ou em transe;

- Entra em "cut off" (corte): o paciente contrai alguns músculos de forma imperceptível, reduzindo assim a sensibilidade de segmentos do corpo, p. e., as pernas;

- Paciente diz "NÃO", internamente – por exemplo: "quero continuar, mas ...", "este método não é para mim", "é mais forte do que eu, tenho que parar!", "é demais", "algo dentro de mim diz: agora basta", "mas quem me faz fazer?" ou "eu não posso mais fazer isso". Nessa estratégia de defesa, toda perturbação é sentida como muito para ser tolerada;

- Mantém a respiração ao mínimo para não aumentar a carga;

- Apresenta crenças fortes (por exemplo, o paciente está convencido de respirar profundamente - mas ele não o faz. Neste caso, colocá-lo de frente a um espelho para torná-lo visualmente consciente de como respira, ou solicitar que coloque uma mão no peito para sentir);

- Bloqueia um segmento do corpo: frequentemente a pélvis e o pescoço;

Outras estratégias: fica cansado ou com sono repentino; boceja, sistematicamente; deitado, estica as pernas; fala muito; coça-se; faz cenas, grita, urra; sexualiza; reduz o fluxo de ar não abrindo suficientemente a boca ou fazendo um movimento de bico com a mesma; aperta a garganta, ficando barulhenta a respiração; torna-se mecânico: a respiração e / ou quaisquer movimentos associados são muito "elaborados" e pouco "sentidos".

Nessas situações, é pertinente explicar ao paciente que indo além do limiar é natural que se criem perturbações temporárias que podem ser superadas, como acontece nos esportes, onde o crescimento atlético encontra momentos de crise, que, uma vez ultrapassados, é mais fácil avançar. Ao paciente, pode ser explicitado que o que ele considera "normal" ainda é um bloqueio e que a maioria das pessoas possuem bloqueios respiratórios. O que é chamado espontâneo é muitas vezes um impedimento para a expressão da própria vitalidade (Virgilio, 2011). No entanto, diante das circunstâncias

em que o paciente atinge um nível de carga onde a vitalidade é ainda intolerável para o mesmo, antes de quaisquer explicações verbais, recomenda-se:

-Fazer *grounding*: útil quando ele sente tonturas ou perde o equilíbrio;

-Diminuir a série de respirações – por exemplo: passar de uma série de 10 para duas de 5 com uma pequena pausa entre uma e outra;

-Conscientizá-lo da respiração evitando que o paciente a execute automaticamente, perguntando: “ouve cada respiração?”; “você está se tornando mecânico?”, eventualmente sugerindo que conte as respirações;

-Trazer presença visual: fazer contato visual com o paciente ou pedir para que mire pontos específicos;

-Nomear o limite: (Por exemplo, para um paciente que diz: "eu não posso mais fazer isso!", o terapeuta poderia responder: "o que em você faz você dizer que não pode mais?"

- Ter o limite de vitalidade suportável conectado ao tema da terapia: (por exemplo, perguntar: "reconhece a ligação entre este momento, em que você está no limite e o que acontece com você quando...?"; “observe que também neste contexto repetimos o tema que você trouxe?”

-Investigar sensações: (por exemplo, "que sensações surgem quando você está no limite?")

Já a alcalose por hiperventilação pode produzir sintomas que podem preocupar ou induzir ansiedade no indivíduo respirante. O mais comum é a tetania, que é o espasmo ou a contração forçada e involuntária dos músculos (encontra-se com os dedos "apertados" ou a mandíbula cerrada); outras reações são: perda de sensibilidade em algumas partes do corpo; formigamento nas extremidades do corpo; sensação de "cabeça vazia" ou de tontura; cólicas.

De acordo com Virgilio (2011) se estes sintomas são tão fortes que não permitem a continuação da prática, a intervenção recomendada é a de solicitar ao paciente que respire menos profundamente e/ou mais lentamente, utilizando uma respiração abdominal e prestando mais atenção à expiração. Nos raros casos em que o paciente está confuso ou com medo, recomenda solicitar que o paciente pare e olhe para o terapeuta, respirando conjuntamente com o mesmo e, eventualmente, pressiona-se o peito para diminuir a velocidade. Em casos extremos, em que o paciente entra em crise de ansiedade, pode ser útil usar um saco de papel, no qual o paciente respira: desta forma, o nível de CO₂ é rapidamente restaurado.

Em qualquer caso, a alcalose manifesta-se em casos raros (em sessões terapêuticas de Psicoterapia Corporal Integrativa não se objetiva alcançar a hiperventilação, ao contrário da proposta de Terapia Holotrópica), e somente se nenhum movimento é feito junto à respiração: normalmente, o movimento já é suficiente para produzir uma quantidade de CO₂ tal que evite qualquer desconforto.

10. Contexto no Brasil: Práticas Integrativas e Complementares

Em termos de acesso facilitado tanto pela divulgação, em tornar mais populares cuidados em saúde alternativos, quanto pelo valor de investimento nesse cuidado, tem-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Quanto ao desenvolvimento de práticas e exercícios respiratórios, as seguintes áreas incluem em seu repertório a utilização da respiração como um entre outros dispositivos terapêuticos: meditação, bioenergética e yoga.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. As práticas complementares consideram o homem em sua multidimensionalidade: aspectos físico, psicoemocional e espiritual.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Serviço Único de Saúde (PNPIC-SUS) foi publicada no Diário Oficial da União, em 2006. Aprovada pelo Ministério da Saúde, visa a integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos - chamados de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa MT/MCA ou Práticas Integrativas e Complementares - aos Sistemas Oficiais de Saúde, além da normatização das experiências existentes no SUS. A demanda por essa Política advém das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos Estados membros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023.

(http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)

Inicialmente, a Política contempla as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Na Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, aprova as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga.

Em 2018, através da Portaria nº 702, de 21 de março, são incluídas as práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia e terapia de florais. Embora ganhem espaço como estratégias terapêuticas e como meio de tratamento integrado, ainda que sejam metodologias sistematizadas a partir de registros milenares - onde antigas tradições em diversas partes do planeta utilizavam de técnicas de “respiração consciente” para acesso aos conteúdos inconscientes ou supramentais para o tratamento físico, emocional e espiritual -, na literatura contemporânea, os seus fundamentos, bem como os seus efeitos terapêuticos na saúde, ainda são controversos.

Existe a necessidade iminente da criação de novas linhas de pesquisa sobre cuidados e práticas integrativas ou complementares que visem a atenção primária, secundária ou terciária na saúde, como estimulada pela própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, da qual entre as suas diretrizes destaca-se:

- [...] 8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados;
9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão;
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde [...] (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>)

Seria de grande utilidade a investigação, com os mesmos critérios metodológicos científicos dos estudos internacionais, de ações terapêuticas que vêm sendo realizadas por diversos profissionais no Brasil, em grupos de trabalho específicos na Rede SUS ou

mesmo em vivências conduzidas em workshops que visam o desenvolvimento e a saúde humanos. Exercícios respiratórios constituem uma forma imediata de gerenciamento de energia, prevenção e base para a promoção da saúde pública com boa relação custo-benefício em países em desenvolvimento (Edwards, 2008).

No entanto, é indispensável atentar à imperícia de terapeutas sem formação na área da saúde e/ou que não dispõem de conhecimento fisiopsicológico necessário para exercer uma prática que utilize a respiração como dispositivo terapêutico. Exemplificando esse tópico, a não realização de avaliação prévia, para a identificação de antecedentes patológicos ou psicopatológicos, os quais podem ser reincididos, desencadeados ou intensificados através de sessões de respiração consciente; falta de habilidade na escuta clínica; entendimento das resistências; da relação transferencial terapêutica e manejo na forma de conduzir interpretações acerca dos conteúdos que emergem dessas práticas são essenciais para um bom prognóstico na terapia.

11. Considerações Finais

A respiração pode envolver mais do que simplesmente fornecer oxigênio para o organismo. A maioria dos adultos não utiliza a capacidade total dos seus pulmões; quais seriam os efeitos dessa restrição respiratória sobre o corpo, ou o quanto isso pode estar envolvido com a subjetividade? Apesar do fato óbvio de que a respiração é um mecanismo essencial que mantém a vida, historicamente, no Ocidente, houve pouco interesse no que tange a estudar e compreender plenamente o potencial da respiração. Nakamura (1981) endossa:

Visto que a respiração é algo comum a todos nós, as funções respiratórias não foram, por longo tempo, consideradas um tema adequado à investigação científica. Poder-se-ia mesmo dizer que foi a importância da respiração que desencorajou os homens de estudá-la (p. 12).

No Ocidente, as primeiras propostas de estudos sobre respiração e psicologia foram trazidas por Wundt e seus associados, na Universidade de Leipzig, Alemanha, sobre as alterações respiratórias causadas por alterações do estado mental (Nakamura, 1981), e por Reich (1942/1994), que incluiu na sua abordagem terapêutica a valorização da importância do aumento da capacidade respiratória no tratamento das doenças físicas

e psicológicas, e em estudos contemporâneos acerca da psicoterapia corporal, sobretudo em países de língua inglesa e germânica.

A lacuna percebida na formação acadêmica quanto aos efeitos terapêuticos da respiração na prática clínica da psicoterapia corporal e que surge como campo possível de investigação, dada a promulgação das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS, é realidade específica do contexto brasileiro como país em desenvolvimento. A produção psi acadêmica científica brasileira sobre este tema ainda é escassa, exceto quanto às produções acerca da prática de mindfulness/ atenção plena (um tipo de meditação passiva, a qual uma das práticas mais simples é o foco na respiração), que foi bem aceita pela terceira onda das terapias comportamentais (Willhelm, Andretta & Ungaretti, 2015), mas que não foi a intenção de exploração desse trabalho. Embora englobe uma prática psicocorporal, está elencada como prática, dentre outras, desta abordagem terapêutica. Outra exceção são as produções (artigos, monografias) de conclusão de curso de escolas e institutos que oferecem formação específica (especialização) em psicoterapia corporal.

Como visto nas referências consultadas que embasam o presente estudo, há um vasto espectro dos mecanismos terapêuticos atuantes com a utilização da Respiração Consciente. Conforme a psique é ativada e os sintomas se transformam em um fluxo de experiências, fortes mudanças podem ocorrer.

De modo geral, o trabalho com Respiração Consciente, bem como com as outras técnicas aqui citadas, que também utilizam a respiração, necessitam de mudanças radicais de algumas premissas e suposições fundamentais (paradigmas), que poucos profissionais comprometidos com as estratégias convencionais “de ver o mundo e a psique humana” estão prontos a fazer (Grof, 2011). Não só os conhecimentos na especificidade de cada terapêutica, mas os mecanismos psicobiofisiológicos envolvidos subsidiam a condução do processo terapêutico.

Para a maioria dos profissionais da saúde, não é fácil aceitar que os estados emocionais intensos e as manifestações físicas concomitantes, encontradas muitas vezes nas psicoterapias corporais, que costumeiramente são diagnosticadas e tratadas como de origem psicopatológica, representam um processo de “autocura” que deva ser incentivado e não reprimido (Grof, 2011).

Sendo assim, muitos terapeutas têm dificuldade de migrar da terapia verbal para as terapias experienciais que induzem aos estados ampliados de consciência, por

exemplo. As mudanças na teoria e na prática apresentadas pela pesquisa dos estados ampliados de consciência são considerados por eles como radicais e desafiadoras.

O âmbito da terapia alternativa é ainda o de maior disseminação e fácil acesso, principalmente em relação ao investimento financeiro, às práticas respiratórias terapêuticas. Edwards (2008) corrobora quando afirma que o estudo e uso de técnicas respiratórias em psicoterapia são aplicados de forma mais livre e fluída, em abordagens holísticas nos países economicamente menos desenvolvidos do mundo, mas que firma-se como base para formas modernas de psicologia, acadêmicas e profissionais, nos chamados países de primeiro mundo.

Como chega à população desses países o conhecimento e a possibilidade de tratamento através das práticas respiratórias da psicoterapia corporal é algo a ser explorado em outros estudos. No entanto, ao menos em nível de produção acadêmica, temas de pesquisa e exploração do assunto, é possível encontrar referências satisfatórias para subsidiar um estudo inicial no tema. A hipótese inicial do trabalho era de que poderia não haver muita produção acadêmica sobre assunto, refletindo assim a lacuna específica encontrada pela autora na formação universitária.

O desenvolvimento e expansão das práticas da psicoterapia corporal no país potencialmente advém da popularização de medicinas alternativas e, sobretudo, com a contribuição da promulgação das Práticas Integrativas e Complementares, o que legitima a prática, e eminentemente a pesquisa e desenvolvimento de produção teórica sobre o assunto, de forma que possa estar sendo explorado não apenas nos âmbitos circunscritos das instituições particulares de especialização clínica, mas nos cursos universitários.

Ante as variadas abordagens e métodos que incluem a respiração como dispositivo terapêutico, este trabalho teve a despreziosa intenção de lançar o gérmen de produção acadêmica sobre a relevância do tema nas abordagens psicoterapêuticas com ênfase corporal, trazendo subsídios e referências para estudos, produções e práticas que privilegiem o tema no campo teórico e prático da psicologia acadêmica, bem como oferecer recurso inicial sobre tópicos pertinentes do tema para terapeutas não psicólogos que trabalham com a prática respiratória terapêutica.

Referências

AMSA (American Medical Student Association). Healing the healer: developing your own health plan. Recuperado em 15 de agosto, 2018, de <http://www.amsa.org/healingthehealer/breathing.cfm>

BÍBLIA. (1980). Português. *Bíblia sagrada*. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Recuperado em 30 de outubro, 2018, de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/npic.php>

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Recuperado em 30 de outubro, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

Brasil (2017). Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Recuperado em 30 de outubro, 2018, de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Recuperado em 30 de outubro, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html

Boerstler, R.W., & Kornfeld, H.S. (1995). *Life to death: Harmonizing the transition: A holistic and meditative approach for caregivers and the dying*. Rochester, VT: Healing Arts Press.

Bonnet, D. (s/d). O perigo da hiperventilação no mergulho. Recuperado em 12 de setembro, 2018, de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfMgAB/perigo-hiperventilacao-no-mergulho>

Caldwell, C. & Victoria, H. K. (2011, maio). Breathwork in body psychotherapy: towards a more unified theory and practice, *Body, movement and dance in psychotherapy International Journal for Theory Research and Practice*, 6:2., 89-101. Recuperado em 20 de setembro, 2018, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17432979.2011.574505>

Canevaro, S. (s/d). La tecnica respiratoria. Rebirthing: the art book. Recuperado em 05 de outubro, 2018, de http://www.altrasalute.it/rebirthing_00001e.html

Chaitow, L., Bradley, D., & Gilbert, C. (2002). *Multidisciplinary approaches to breathing pattern disorders*, pp. 201-210. London: Harcourt.

Chevalier, J.; Gheerbrant, A. (1988). Respiração; Sopro; Vento In J. Chevalier & A. Gheerbrant, *Dicionário de Símbolos*, pp. 778-779. Rio de Janeiro: José Olympio.

Conger, J.P. (1988). *Jung & Reich: o corpo como sombra*. São Paulo: Summus.

Corriere della sera. (2011, setembro 30). Ig-Nobel: premiati i profeti dele Apocalissi mai avvenute. Recuperado em 10 de outubro, 2018, de

https://web.archive.org/web/20111104102357/http://www.corriere.it/scienze_e_tecnologie/11_settembre_30/ig-nobel-consegna_f690ff76-eb3e-11e0-bc18-715180cde0f0.shtml?fr=correlati

Dychtwald, K. (1977). *Bodymind*. New York: Pantheon.

Edwards, S. D. (2008). Breath psychology: fundamentals and applications. *Psychology and Developing Societies*, 20 (2), 131-164.

European Rebirthing School. (s/d). Che cosa è il Rebirthing. Recuperado em 04 de setembro, 2018, de <http://www.rebirthing-online.it/cosa-rebirthing.shtml>

Farhi, D. (1996). *The breathing book: Good health and vitality through essential breathwork*. New York: Henry Holt and Company.

Gaiarsa, J. A. (1986). Como prevenir: B) exercícios respiratórios. In J. A. Gaiarsa, *Como enfrentar a velhice*, pp.52-53. São Paulo: Icone; Campinas: Unicamp.

Gilbert, C. (1998). Emotional sources of dysfunctional breathing. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 2(4), 224–330. Recuperado em 03 de setembro, 2018, de [http://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592\(98\)80019-3/abstract](http://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592(98)80019-3/abstract)

Gilbert, C. (2002). Interaction of psychological and emotional effects with breathing dysfunction. In L. Chaitow, D. Bradley, & C. Gilbert (Eds.), *Multidisciplinary approaches to breathing pattern disorders*, pp. 111–130. New York: Elsevier Health Sciences.

Grof, S. (1988/1997). *A aventura da autodescoberta*. São Paulo: Summus.

Grof, S. (2011). *Respiração holotrópica: uma nova abordagem de autoexploração e terapia*. Rio de Janeiro: Numina.

Hanratty PM. *Predicting the outcome of holotropic breathwork using the high risk model of threat perception*. Califórnia: Saybrook Graduate School and Research Center, 2002

Helman C.G. (2003). *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed.

Holmes, D.S., McCaul, K.D., & Solomon, S. (1978). Control of respiration as a means of controlling responses to threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(2), 198–204.

Holmes, S.W; Morris, R; Clance. P.R; Putney. R.T. (1996). Holotropic Breathwork: an experiential approach to psychotherapy. *Psychoterapy*, 33(1), 114-120.

Jonas W. B. & Levin J.S.(1999). *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole.

Jung, C. G. (1935/1985). *Fundamentos da Psicologia Analítica*. São Paulo: Ed.Vozes. Recuperado em 14 de setembro, 2018, de <http://www.symbolon.com.br/artigos/aintegracao.htm>

Jung, C. G. & Wilhelm, R. (1957/2003). *O segredo da flor de ouro: um livro de vida chinês*. São Paulo: Vozes.

Jung, C. G. (1975). *O homem moderno em busca da sua alma*. São Paulo: Editora Tavares Martins.

- Lovach, C. R. (1997) Life to death: harmonizing the transition, *Journal of Gerontological Nursing*. 1997, 23(1):53. Recuperado em 12 de setembro, 2018, de <https://www.healio.com/nursing/journals/jgn/1997-1-23-1/%7Be3c81956-a5d2-4ea8-b425-733a521ce677%7D/life-to-death-harmonizing-the-transition#divReadThis>
- Lowen, A. (1965/2009). *Respiração, movimento e sentimento* In A. Lowen A linguagem do corpo. Lisboa: Astrolábio.
- Lowen, A. (1975/ 1982). *Bioenergética*. São Paulo: Summus.
- Lowen, A. (1979). *O corpo traído*. São Paulo: Summus.
- Lowen, A. (1992). *Espiritualidade do corpo: bioenergética para a beleza e a harmonia*. São Paulo: Cultrix.
- Lowen, A., & Lowen, L. (1985). *Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante*, pp. 20-34. São Paulo: Agora.
- Lowry, T.P. (1967). *Hyperventilation and hysteria: the physiology and psychology of overbreathing and its relationship to the mind-body problem*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Mattsson, B., & Mattsson, M. (2002). The concept of ‘psychosomatic’ in general practice reflections on body language and a tentative model for understanding. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(3), 135–138.
- Middendorf, I., & Roffler, J.A. (1995). The breathing self: The experience of breath as an art to healing yourself. *International Journal of Yoga Therapy*, 5(1), 13–18.
- Nakamura, T. (1981). *Respiração oriental*. São Paulo: Pensamento.
- Neves Neto, A. R., (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*. 56(3):158-68.
- Perri, M.A., & Halford, E. (2004). Pain and faulty breathing: a pilot study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 8(4), 297–306. Abstract retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859203000858>
- Reich, W. (1933/1995). *Análise do Caráter*. São Paulo: Martins Fontes.
- Reich, W. (1942/1994). *A função do orgasmo*. São Paulo: Brasiliense.
- Rhinewine, J.P., & Williams, O.J. (2007). Holotropic breathwork: The potential role of a prolonged, voluntary hyperventilation procedure as an adjunct to psychotherapy, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(7), 771–776.
- Rosemberg, J. L. & Kitaen-Morse, B. (1996). *O casal íntimo*. Atlanta: Turner Publishing Inc.
- Santucci, M. P. (s.d.). *Amígdala: sede delle passioni*. Recuperado em 5 de agosto, 2018, de <http://www.psicologiapisa.it/>
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origins of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Sherwood, P.M. (2007). *Holistic counselling: a new vision for mental health*. Bunbury WA: Sophia Publications.

Souto A. (2009) *A essência do hatha yoga*. Hatha Pradipika – Gheranda Samhita – Goraksha Shataka. São Paulo: Phorte Editora.

Terekhin P. I. (1995). The role of hypocapnia in inducing altered states of consciousness, *Human Physiology*. 1995; 22(6): 730-735.

Tortora, G. J. & Anagnostakos, N. P. (1990). *Princípios de anatomia e fisiologia*, New York: Harper-Collins.

Virgilio, F. (2011) Il respiro come strumento nel counseling. Corso di Formazione in Counseling, Istituto Maithuna S.r.l, Italy. Recuperado em 20 de agosto, 2018, de <https://www.maithuna.it/tesi/Maithuna%20sr1%20-%20Tesi%20di%20Fabrizio%20Virgilio.pdf>

Wang, B. (2001). *Princípios de medicina interna do imperador amarelo*. São Paulo: Ícone.

Willhelm, A. R.; Andretta I. & Ungaretti M. S. (2015, janeiro-junho). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1):79-86. Recuperado em 02 de novembro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100009

Yogiclogic. (s/d) What is Pranayama Breathing and How to Perform Pranayama Yoga. Recuperado em 17 de agosto, 2018, de <http://www.yogiclogic.com>