

ESTUDO DA RESPIRAÇÃO EM TÉCNICA VOCAL

HELOIZA DE CASTELLO BRANCO
DOCENTE DO CURSO DE MÚSICA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

RESUMO: A autora faz um ensaio sobre a variedade de posturas expiratórias possíveis de serem adotadas no canto, a partir de levantamento bibliográfico. Para esclarecer a preferência do cantor por uma das posições expiratórias possíveis, buscou-se informações sobre a estruturação do tórax do ponto de vista da Terapia Corporal.

ESTUDO SOBRE A RESPIRAÇÃO EM TÉCNICA VOCAL

Em Técnica Vocal, o aprendizado depende em grande parte do manejo do corpo por parte do aprendiz, num trabalho semelhante ao que se faz em Educação Física. Faz-se necessário uma experientiação corporal e uma conexão perceptiva com o próprio corpo. Perceber a própria postura, respiração, articulação e ressonância; e a voz resultante de toda essa coordenação pode ser uma tarefa complexa, que demanda certa dose de interiorização por parte do aluno no início. A respiração, decisiva na construção da voz, é dominada por hábitos inconscientes, e necessita na maioria das vezes ser repensada e reaprendida.

Como aluna de Canto, aprendi a manter o abdome para dentro durante a expiração. Como aluna e observadora do Festival de Música de Londrina, percebi a variedade de possibilidades apresentadas pelos professores que por ali passaram todos esses anos. Como docente da disciplina de Técnica Vocal na Universidade Estadual de Londrina, muitas vezes me defrontei com alunos que, oriundos de professores com uma orientação diferente da que eu aprendi, pensavam em permanecer com o abdome abaulado durante a respiração. Intuitivamente, eu procurava perceber se a função da respiração estaria resolvida em relação ao resultado vocal do aluno. Quando eu percebia que sim, aceitava sua forma de respirar. Só intervinha quando percebia que ali havia ainda uma falha.

Decidi então proceder uma pesquisa sobre o que os autores de Técnica Vocal e Canto dizem a respeito da respiração no canto, para apoiar minha prática. Durante a pesquisa, acabei tomando contato com Reich e Gaiarsa, que falam muito de respiração, e acabei encontrando, no campo da Terapia Corporal, dados que corroboram as conclusões

que eu estava encontrando no campo da Técnica Vocal. Decidi realizar uma ponte entre as duas áreas, tão preocupadas sobre a respiração, embora com finalidades diferentes.

A RESPIRAÇÃO

A respiração, primeiro e último ato da vida humana, têm a função primordial de oxigenação do sangue. Exteriormente é percebida como um movimento de expansão e contração do tórax, que se reflete, idealmente, no corpo inteiro. A respiração da criança pequena e do adulto dormindo são praticamente semelhantes, com o predomínio do uso da musculatura inferior do tórax e dos músculos abdominais. Por alguma razão, o homem ao crescer passa a realizar uma respiração mais alta, usando músculos claviculares, o que leva a uma menor oxigenação sanguínea. A respiração é constituída de quatro fases, sendo duas de movimento: a Inspiração – entrada de ar nos pulmões para oxigenar o sangue, e a Expiração – saída de ar dos pulmões para expulsar o gás carbônico. Dois períodos de suspensão ocorrem entre as duas fases de movimento, muito mais importantes para a fonação do que na respiração da vida cotidiana.

Há diversos músculos cujas funções se relacionam com a respiração. Dentre eles, alguns agem com maior frequência, enquanto outros são chamados de acessórios por só entrarem em ação ocasionalmente. Vale lembrar que o movimento respiratório sofre alteração por ação de uma série de variáveis, como postura física, movimentação do corpo, estado de saúde, emoções. Para cada uma destas alterações, pode variar a musculatura que entra em trabalho para a realização do movimento respiratório.

Na respiração cotidiana, a Inspiração é uma fase ativa, realizada através da contração dos músculos, e a Expiração é passiva, realizada pela força contrátil do pulmão

que quer voltar ao seu estado de repouso. LOUZADA classifica a respiração em 3 tipos, de acordo com os grupos musculares ativos em:

- 1) Respiração Clavicular ou Costal – as costelas se elevam, fixas na extremidade posterior. É muito usada na vida cotidiana. Nela, o diafragma pouco se contrai.
- 2) Respiração Diafragmática ou Abdominal – neste tipo de respiração, o diafragma contrai-se e o abdome abaula-se, voltando ambos passivamente à posição anterior durante a expiração. As costelas não se elevam. Esta respiração ocorre durante o sono ou quando o tórax está contido por cintas ou gesso.
- 3) Respiração Costodiafragmática ou Mista – este tipo respiratório é o que ocorre quando se contrai o diafragma e, ao mesmo tempo, dilatam-se as costelas. É um mecanismo respiratório usado quando se necessita de uma fonação especializada ou canto; propicia maior pressão aérea, maior domínio nas ações musculares e movimentação de grandes volumes aéreos.

A entrada e saída de ar dos pulmões dependem somente da mudança na capacidade do tórax. Quando o movimento de inspiração acontece, forma-se uma pressão negativa dentro da caixa torácica, em relação ao exterior, e o ar entra automaticamente. A movimentação do tórax é uma tarefa ativa, promovida pelos grupos musculares, porém a entrada de ar se dá de maneira automática. Esta capacidade torácica amplia-se durante a inspiração em suas 3 dimensões: transversal, sagital e longitudinal. A ampliação da caixa torácica durante a inspiração é feita pelos músculos diafragma e intercostais, principalmente.

O diafragma é um músculo ímpar que separa o tórax do abdome. Pode-se distinguir duas porções do diafragma: uma região central chamada tendínea, e outra periférica, de fibras musculares, que partindo do centro tendíneo dirigem-se ao contorno do tórax e coluna, onde se inserem. O formato do diafragma é o de uma abóboda de concavidade inferior. À contração do diafragma corresponde o movimento de descida, quando então ele desfaz o formato de cúpula e torna-se achatado. Ao descer durante sua contração, o diafragma desloca os órgãos abdominais, sobre os quais se apoia, para baixo e para fora. Esse abaulamento do abdome é o resultado visível da contração do diafragma. A subida do diafragma é um movimento passivo, causada pela hiperpressão dentro do abdome durante a contração deste músculo, que tende a se desfazer a partir do momento em que ele deixa de estar em contração. A força elástica do pulmão ao se retrair na expiração também ajuda a subida do diafragma.

O diafragma tem uma função primordial na respiração. É nosso principal músculo inspiratório. Em sua função inspiratória o diafragma pode funcionar tanto de forma automática quanto sob o controle da vontade. Nas ações cotidianas o seu funcionamento é automático, sem intervenção da consciência do homem. Quando se deseja, no entanto, mudar sua dinâmica, é possível fazê-lo através da vontade, como no caso de se desejar falar, cantar ou executar exercícios respiratórios.

Sob a designação “Músculos abdominais”, encontram-se vários músculos que agem como uma cinta poderosa na parede do abdome. São eles: reto abdominal, transverso do abdome, oblíquo interno, oblíquo externo. Ao se contraírem, esses músculos agem de modo sincrônico comprimindo o conteúdo abdominal e fazendo o diafragma ascender. O relaxamento destes músculos promove a distensão da parede abdominal, permitindo a

inspiração feita com o movimento descendente do diafragma. Estes músculos contraem-se fortemente na expiração voluntária, tosse, vômito e no esforço físico exagerado.

Os músculos intercostais situam-se entre as costelas, dividindo-se em dois feixes, que correm em direções contrárias: os intercostais internos e os externos. Os intercostais externos são mais ativos na inspiração, quando promovem a elevação das costelas inferiores às quais se inserem, aumentando a dimensão da caixa torácica. Os intercostais internos são mais ativos na expiração. Outros grupos musculares podem ser ativados no auxílio à respiração quando os músculos principais, de alguma forma, se encontram impedidos ou restringidos.

MECANISMOS RESPIRATÓRIOS NO CANTO

Quando nos dispomos a cantar, o processo respiratório necessita sofrer uma alteração. Durante o canto a expiração - processo normalmente passivo - vai se tornar uma ação ativa, e assume uma duração maior do que a inspiração. Ainda mais: de acordo com as exigências da peça musical em questão, esta expiração deve a qualquer momento poder ser retida, suspensa, acelerada, retardada, provocar aumento ou diminuição do volume de ar que sai. Em outras palavras – precisa ser controlada.

No aprendizado do canto o aluno deve centrar esforços no sentido de aprender a manejar sua respiração. Perceber e conscientizar os seus movimentos musculares é o primeiro passo para chegar ao controle.

A seguir, a transcrição de diversos autores no que diz respeito a expiração usada no canto:

DINVILLE: Durante a expiração, a cinta abdominal, assim como o grande reto se contraem para fornecer a pressão e regulá-la, enquanto o diafragma volta à sua posição e as costelas se fecham...

... A firmeza costoabdominal e dorsal constitui o que chamamos de “manutenção do sopro”. Mas esta firmeza, esta atividade da musculatura jamais deve ser excessiva.

Ela deve ser equilibrada, dosada, nunca dar impressão de esforço, de excesso, ela deve estar apta a relaxar a todo momento. (1993, p.52)

COELHO: À medida que o pulmão desinfla, o diafragma sobe e a força expulsiva das paredes abdominais diminui. Na manutenção de pressão regulada e sustentada necessária para o canto, a diminuição progressiva da pressão expiratória do diafragma deve ser, em termos teóricos, inversamente proporcional à pressão do empuxo do abdome, num mecanismo dinâmico de compensação...

... Ocorre que o diafragma, sendo um músculo sobre o qual a vontade não exerce controle direto, precisa ser atingido indiretamente, pela interseção de seus antagonistas, isto é, a própria musculatura abdominal e intercostal convenientemente educada para a obtenção do apoio.

Apoio, portanto, é o controle elástico e consciente da força retrátil passiva e espontânea do movimento de elevação do diafragma ao promover a expiração e é conseguido pelo domínio de seus antagonistas, os músculos abdominais e intercostais – com a finalidade de manter equilíbrio da coluna de ar e aplicá-la à fonação, quando em postura correta, o apoio segura o diafragma para baixo... (1994, p.36)

LOUZADA: A expiração, curta ou longa conforme a frase ao cumprir, é realizada com maior ou menor pressão pulmonar através do abaixamento do gradil costal.

O grupo muscular expiratório mobilizado, sobretudo o abdominal, é rigoroso. Seus elementos se inserem em todo o perímetro externo do tórax, na coluna vertebral e na bacia, em todo o seu contorno... (1982, p.78)

SINECK: ...A subida do diafragma produz, como se compreende facilmente, uma distensão do tórax e uma contração da musculatura do abdômen, o que corresponde a uma diminuição do mesmo. (1955, p.35)

MANSION: A caixa torácica e o abdômen permanecem dilatados o maior tempo possível. Para facilitar o controle de ar e a expiração calma e regular, os músculos devem pressionar muito suavemente para baixo.... (1974, p.37)

DE ROSE: O apoio ou sustentação é dado pela tensão dos músculos abdominais. O abdome atua sobre o diafragma e sobre os músculos vizinhos, tanto ao se retrair, quanto ao se expandir.

Normalmente se prefere a expansão do abdome porque a tensão dos músculos que se obtém é mais sólida. (1995, p.4)

GREENE: ...duas técnicas diferentes de respiração sobre as quais têm havido – e permanecem- muita confusão e desacordo. Elas dizem respeito ao controle de expiração

durante a fonação. Num dos métodos, o diafragma deve permanecer achatado em posição de inspiração enquanto que a parede do tórax (costela) desce, à medida que o ar é utilizado na voz.

No outro método, as costelas são mantidas em elevação e em posição inspiratória quando o diafragma sobe e a parede abdominal é gradualmente retraída, à medida que o ar é utilizado na voz. (1989, p.31)

JUVARRA: Cada grupo de músculos não age isoladamente, mas em um jogo de equilíbrio e tensão com aqueles responsáveis pela função oposta, que Rose chama “antagonismo balanceado”. Isto vale sobretudo para o antagonismo entre diafragma e músculos abdominais, de fundamental importância na “respiração cantada” e que Lamperti chama de “luta vocal”.

Imediatamente após o início da expiração, enquanto os músculos abdominais empurram o abdome para dentro, o diafragma é novamente solicitado e abaixado ligeiramente em concomitância com o ataque do som.

Existem dois modos para se obter a elevação do diafragma com o abdome retraído: o primeiro consiste em agir somente nos músculos abdominais, deixando o diafragma relaxado; o segundo consiste em contrair o diafragma (que em seguida tenderá a descer, levando a parede abdominal para fora), opondo ao mesmo tempo a esta força para baixo uma força para cima, através da contração dos músculos abdominais. Nos dois casos, o resultado externo visível é o mesmo, mas somente o segundo método é capaz de realizar uma tensão muscular abdominal suficiente. (1987, p.29)

KAHLE: Com exames de raio X constatou-se a distinção entre 2 modos de apoio:

- 1) Apoio diafragmático
- 2) Apoio Torácico.

No primeiro caso, o diafragma permanece ainda cerca de 8 segundos na posição da inspiração, após a saída do som, enquanto a caixa torácica abaixa-se lentamente. No segundo caso, a caixa torácica fica mais tempo na posição de inspiração, enquanto o diafragma sobe. (p.34)

Analisando os dizeres de cada autor a respeito da posição expiratória no canto, observam-se que, apesar das variedades de colocações, podemos concluir que três áreas musculares estão diretamente envolvidas e trabalhando sinergicamente durante a produção da expiração e do apoio: músculos intercostais, músculos abdominais, diafragma. Segundo as informações dos autores referendados, estes três grupos musculares podem adotar, durante a expiração, duas posições, descritas no quadro 1:

Musculatura	1ª posição expiratória	2ª posição expiratória
Diafragma	Mantido achatado como no final da inspiração (KAHLE, GREENE, COELHO)	Subindo gradualmente à medida que o ar é expulso do tórax (KAHLE, GREENE)
Costelas inferiores	Mantidas expandidas (MANSION, KAHLE, GREENE, SINECK)	Voltando gradualmente à posição de início da inspiração (KAHLE, GREENE, LOUZADA)
Músculos abdominais	Deslocados para fora como no final da inspiração (MANSION, DE ROSE)	Contraídos e deslocando a parede abdominal para dentro, gradualmente. (DINVILLE, SINECK)

Quadro 1: posições expiratórias dos músculos envolvidos no canto, segundo os autores consultados.

Alguns autores falam de duas posições expiratórias possíveis de serem usadas no canto (KAHLE, GREENE, JUVARRA). Uma especulação teórica possível é que a combinação de posturas destes três componentes musculares, que apresentam cada um duas variáveis, levaria a pelo menos oito coordenações musculares possíveis de serem utilizadas na expiração cantada. Nestas várias possibilidades de combinação de movimentos dos grupos musculares atuantes na expiração reside a confusão entre os autores e entre os professores frente a alunos, que podem estar executando qualquer uma delas.

Aqui cabe uma pergunta. O que torna uma posição expiratória eficiente? Na realidade, o que as cordas vocais necessitam para entrar em funcionamento no canto é que a expiração providencie uma adequada pressão subglótica (glote é o espaço dentro da

laringe). Se o mecanismo usado pela pessoa propiciar uma adequada pressão subglótica, será adequado ao canto. SUNDBERG diz a respeito:

....pressão subglótica. Tal pressão pode ser resultado da contração de vários grupos musculares, e diferentes pessoas costumam habitualmente usar estratégias musculares diferentes. Para dar um exemplo concreto, pode-se falar tanto com a parede abdominal expandida ou contraída. (1987, p.25)

Tomando como verdadeira a afirmativa acima, observa-se que ela concorda com a prática observada em sala de aula. Há alunos com tendência a executar a posição expiratória em que o diafragma permanece abaixado na expiração, com as costelas dilatadas e o abdome expandido, e outros que exibem posição diferente, onde o diafragma sobe durante a expiração, com a musculatura abdominal contraída e costelas dilatadas. Como decidir qual das duas posições adotar, frente ao aluno?

Foi neste ponto que tomando contato com Reich e Gaiarsa, os conceitos da Terapia Corporal fizeram sentido, ajudando a entender os processos em curso na sala de aula de Técnica Vocal.

A RESPIRAÇÃO NO CONTEXTO DA TERAPIA CORPORAL

Reich, um aluno de Freud, começou a observar o corpo de seus pacientes, e a confrontar suas observações com o que diziam. Chegou à conclusão que “a energia poderia ser contida por tensões musculares”. Reich pesquisou o corpo parado e em movimento, procurando observar como os mecanismos psicológicos da mente se realizavam no corpo. Ele passou a verificar uma correspondência no corpo dos processos

inconscientes. “O inconsciente era continuamente visível na atitude do corpo e nos seus movimentos”. (GAIARSA, 1991). Se uma pessoa experimenta raiva e ciúme por algum tempo, coloca seu corpo numa atitude em que outras pessoas reconhecem seus sentimentos. Na medida em que estes sentimentos persistem, formando um hábito emocional, a musculatura que havia adotado uma postura acaba imobilizada naquela posição. Ao se tornar fixa, os músculos se encurtam; a atitude física não muda mais. Em outras palavras: a musculatura guarda numa ação de contração muscular, a emoção não resolvida. A musculatura imobilizada não possibilita um fluxo de energia livre, e a resposta emocional também se torna limitada. O indivíduo não pode mais sentir uma emoção, ele se torna uma atitude, e enquanto esta persistir, o sentimento não pode se manifestar.

A respiração, processo que ocorre à custa de um trabalho muscular amplo, é um dos fenômenos corporais mais marcados pela vida emocional do indivíduo e por sua história pregressa. A respiração está diretamente relacionada ao estado de excitação do corpo. Reich foi o primeiro pesquisador a falar sobre a psicologia da respiração e ele considera as inibições respiratórias (rigidez sempre parcial em alguns pontos dos músculos que fazem o trabalho respiratório) o elemento fundamental de toda a neurose.

Segundo Reich, muitas pessoas controlam seus sentimentos e emoções através da retenção da inspiração e inibição da exalação. Segundo Gaiarsa, não existe repressão sem alguma espécie de inibição respiratória.

Aos poucos, Reich foi mapeando os locais do corpo onde certas emoções se concentram mais. O peito é visto como o local do corpo onde os sentimentos são focalizados, ampliados e traduzidos.

No peito, os sentimentos podem sair da sua forma abstrata para a concreta, para sua expressão (também através da voz). A conformação do tórax mostra nossa maneira habitual de nos relacionarmos com as emoções e o modo como lidamos com essas emoções é ditada em parte pela maneira como o tórax se estrutura. Polos opostos da situação torácica são o peito com tendência a permanecer sempre inflado e o tórax que se mantém contraído.

O peito constantemente inflado, onde predomina a inspiração, com uma expiração sempre deficiente, deixa a pessoa com a sensação de grande energia, de poder, e promovem graus diferentes de insensibilidade às suas emoções. A pessoa parece calma e controlada, reservada e até mesmo indiferente ao mundo. Sentimentos de ternura, tristeza ou raiva são afastados como indesejáveis.

O peito constantemente contraído, peito onde existe dificuldade de entrada de ar, encontra-se constantemente necessitado de forças. A pessoa tem tendência à tristeza, à depressão, à passividade; pode haver uma sensação crônica de medo e inferioridade. Situados em algum ponto entre os dois extremos, encontra-se a maioria da população.

A atividade do diafragma, tão importante na respiração, é considerada como ligada à emoção da ansiedade. Na medida em que todos nós somos mais ou menos ansiosos, pode-se admitir que todos temos algum grau de alteração tônico muscular a esse nível (sempre parcial, do contrário, a vida seria insustentável).

Estas informações trazem ao professor de Técnica Vocal um pouco de luz sobre a diversidade de estruturação dos corpos dos alunos. Os exercícios que o professor escolhe, na tentativa de criar um hábito de movimento respiratório adequado ao canto, vão acontecer sobre um tórax que possui uma estruturação diferenciada para cada aluno.

CONCLUSÃO

A partir do conhecimento das duas posições expiratórias mais comuns usadas entre as diversas escolas de canto, e as duas posições extremas de estruturação psicológica e física do tórax, percebe-se uma certa semelhança. A posição expiratória que prega um diafragma abaixado, com as costelas dilatadas e o abdome distendido, será mais cômoda para as pessoas que estruturaram seu tórax numa posição mais distendida ou entre aquelas pessoas que o estruturaram com maior tendência à contração? E o contrário? A posição expiratória que permite a subida do diafragma desde o início da expiração, com abdome contraído, será mais confortável entre as pessoas de estruturação torácica expandida ou contraída?

A observação entre os alunos faz acreditar que, realmente, as pessoas com uma estruturação de tórax onde preponderam forças distensoras terão mais facilidade de realizar a expiração onde o diafragma fique achatado e as forças tendem a ser expansoras. O mesmo raciocínio para as pessoas que estruturaram seu tórax com forças contráteis: terão maior facilidade de realizar a expiração onde o diafragma sobe continuamente, o abdome se contrai.

A partir destes conhecimentos, o professor de Técnica Vocal necessita apresentar aos alunos as duas possibilidades de movimentos respiratórios, dando chance de experimentação de ambas, e deixando aos alunos a tarefa de optar por uma das duas – aquela onde se sintam melhor, e que resulte numa pressão subglótica adequada.

Assim procedendo, estará agindo de maneira que permita aos alunos desenvolverem suas habilidades a partir de algo que já possuem e que lhes seja familiar -

sua estruturação corporal - estabelecendo uma respiração adequada que sem dúvida é um dos pilares sobre o que se constrói uma voz saudável.

BIBLIOGRAFIA

COELHO, Helena de Souza Nunes Wöhl. Técnica Vocal para Coros, São Leopoldo RS, Sinodal, 1994.

DE ROSE, Niño. La voz y la Musica Popular, Buenos Aires, Ricordi, 1995.

DECKER, Harold A., Herford, Julius. Choral Conducting Symposium. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1988.

DINVILLE, Claire. A Técnica da Voz Cantada, Rio de Janeiro, Enelivros, 1993.

GAIARSA, José Angelo. Respiração, Angústia e Renascimento, 2^a ed., São Paulo, Ícone, 1994.

GREENE, Margaret C. L. Distúrbios da voz. São Paulo, Ed. Manole, 1989, 4^a ed.

JUVARRA, Antonio. Il canto e le sue Tecniche, Milan, Ricordi, 1987.

KAGEN, Sergius. On Studying Singing, New York, Dover Publications Inc., 1960.

KAHLE, Charlotte. Manual Prático de Técnica Vocal, Porto Alegre, Livraria Sulina Editora.

LEHMANN, Lilli. Aprenda a Cantar, Rio de Janeiro, Editora Tecnoprint, 1984.

LOUZADA, Dr. Paulo da Silva. As Fases da Educação Vocal, Rio de Janeiro, O Livro Médico, 1982.

MANSION, Madeleine. El Estudio del Canto, Buenos Aires, Ricordi Americana, 1974.

NAVARRO, Federico. Terapia Reichiana: Fundamentos Médicos, Somatopsicodinâmica (trad. Ailton Bedani), São Paulo, Summus, 1987.

REICH, Wilhelm. Análise do Caráter, Viseu, Portugal, Ed. Martins Fontes, 1972.

ROGERS, Carl. Tornar-se pessoa, São Paulo, Martins Fontes, 1985.

SINNECK, Hilde. ABC para Cantores e Oradores, São Paulo, Ricordi, 1955.

SOUCHARD, Ph. E. O Diafragma, São Paulo, Summus, 1989.

SUNDBERG, Johan. The Science of the Singing Voice, Illinois, Northern Illinois University Press, 1987.