



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

SIMONE FRAGA MOTA

A TRE (*TENSION & TRAUMA RELEASING EXERCISES*) NA ELABORAÇÃO DE
EXPERIÊNCIAS ESTRESSORAS E TRAUMÁTICAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE

CAMPINAS

2020

SIMONE FRAGA MOTA

A TRE (*TENSION & TRAUMA RELEASING EXERCISES*) NA ELABORAÇÃO DE
EXPERIÊNCIAS ESTRESSORAS E TRAUMÁTICAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADORA: PROFESSORA DRA. ADRIANA LIA FRISZMAN DE LAPLANE

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA SIMONE FRAGA MOTA E ORIENTADA PELA
PROF. DRA. ADRIANA LIA FRISZMAN DE LAPLANE

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M856t Mota, Simone Fraga, 1975-
A TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) na elaboração de experiências estressoras e traumáticas de mulheres em situação de vulnerabilidade / Simone Fraga Mota. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Adriana Lia Frizman de Laplane.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Técnica de Redução de Estresse e Trauma (TRE). 2. Mulheres. 3. Estresse. 4. Trauma psicológico. 5. Vulnerabilidade social. I. Laplane, Adriana Lia Frizman de, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) in the elaboration of stressful and traumatic experiences of women in vulnerable situation

Palavras-chave em inglês:

Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE)

Women

Stress

Psychological trauma

Social vulnerability

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Adriana Lia Frizman de Lalane

Elisa Alves da Silva

Helenice Yemi Nakamura

Henrique Jose Leal Ferreira Rodrigues

Maria de Fátima de Campos França

Data de defesa: 05-02-2021

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <http://orcid.org/0000-0003-4247-8515>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8300721228643025>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

NOME DA ALUNA – SIMONE FRAGA MOTA

ORIENTADORA: DRA. ADRIANA LIA FRISZMAN DE LAPLANE

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DRA. ADRIANA LIA FRISZMAN DE LAPLANE

2. PROF. DRA. ELISA ALVES DA SILVA

3. PROF.DRA. HELENICE YEMI NAKAMURA

4. PROF. DR. HENRIQUE JOSÉ LEAL FERREIRA RODRIGUES

5. PROF. DRA. MARIA DE FÁTIMA DE CAMPOS FRANÇOZO

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 05/02/2021

À todas as mulheres da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Seria realmente impossível a concretização desta tese sem o apoio, incentivo e suporte das pessoas que estiveram comigo nesta caminhada. Quero aqui expressar minha gratidão:

À minha querida, eficiente e dedicada orientadora, Adriana Lia Friszman de Laplane. São tantos motivos para agradecer: por ter-me recebido como orientanda, por todos os ensinamentos, correções, provocações, questionamentos e trocas, e por me desafiar constantemente a ser melhor como estudante, profissional e sobretudo como ser humano.

Aos meus mestres da TRE: David Berceci, brilhante criador da técnica e Mariano Pedrosa, querido e competente professor, que me incentivou a pesquisar esta formidável ferramenta. Grata a ambos pelas entrevistas concedidas. Valiosas foram as lições aprendidas.

Às mulheres participantes desta pesquisa, pela ousadia, coragem e determinação.

Ao meu pai, que mesmo com pouca formação escolar, investiu em minha educação formal e proporcionou-me condições de estudar e atingir meus objetivos profissionais.

À minha mãe, meu suporte, minha âncora, aquela que nestes últimos anos, de horas e horas incontáveis de estudo, amparou-me com seu amor, presença e cuidados. Não conseguiria expressar em palavras minha gratidão a você, mãe.

Às minhas irmãs, irmão e sobrinhos. Sinto-me fortalecida pelo carinho e suporte de vocês. A confiança que sempre depositaram em mim me fizeram continuar mesmo quando eu achava que não conseguiria.

Ao meu pequeno José, meu sobrinho e afilhado. Minha “distração” diária, minha leveza e eu descanso.

Ao Reitor da Universidade de Rio Verde/UniRV, Sebastião Lázaro Pereira, por autorizar minha liberação para realização do doutorado.

Ao Diretor da Faculdade de Psicologia, Lenny Francis Alvarenga, por viabilizar meu retorno à sala de aula com flexibilidade, tolerância e paciência para assim possibilitar a escrita desta tese.

Aos professores que contribuíram com o desenvolvimento deste trabalho: Dra. Dalvani Marques, Dra. Elisa Alves da Silva, Dr. Henrique José Leal Ferreira Rodrigues, Dra. Rita Cássia Ietto Montilha e Dr. Périsson Dantas do Nascimento.

À querida Bárbara Correia Neves, que me apresentou o programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Unicamp e incentivou-me a participar do processo de seleção.

À querida Gabriela Sá, que iniciou e terminou esse processo comigo. Minha *teacher*, grata pela paciência, correções e dedicação na leitura deste trabalho.

Ao querido psicólogo Ronaldo Verissimo pela ajuda técnica na organização do material coletado.

Às psicólogas que me auxiliaram na captação e condução do grupo: minha querida amiga e parceira de jornada pela TRE Lucimar Campos e a dedicada e comprometida Simone Peixoto.

À minha amiga Valéria Helena, pelo apoio na formulação do projeto de pesquisa e pelas trocas ricas e inspiradoras.

Ao grupo das “morcegas”, minhas amadas amigas. Sei que compreenderam os motivos da minha ausência.

Aos companheiros e amigos do “Doutorado”: Agda, Celma, Cristina, Gleise, Kátia, Kelly, Fábio, Fabíola, Fernanda, Glorinha, Juliana, Laura, Letícia, Mayra e Rafael. Com certeza a presença de vocês tornou este processo mais leve, divertido e repleto de aprendizado.

À querida amiga Celma Domingues, pela disponibilidade em compartilhar suas descobertas e facilitar minha caminhada neste programa.

À minha eterna amiga Fabíola Ietto, meu “presente de doutorado”, aquela que esteve comigo em todos os momentos. Obrigada por simplesmente tudo!

À Deus e aos amigos invisíveis que fortaleceram-me em cada momento desta caminhada. Meu coração transborda gratidão!

RESUMO

A presente pesquisa tem por finalidade compreender o processo de elaboração do estresse e trauma em mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade. Objetivou-se analisar o papel da técnica corporal conhecida como TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) nesse processo. Tencionou-se ainda verificar os efeitos da técnica na elaboração do estresse e trauma e, também identificar as mudanças psicoemocionais percebidas nas e pelas participantes durante e após a utilização do instrumento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade de estudo de caso, cujos diferentes instrumentos de coleta de dados foram: entrevista livre com resgate de história de vida, observação participante, diário de campo, registros em áudio das conversas e protocolo "completar frases". Alguns instrumentos como a entrevista e o "completar frases" foram aplicados antes e após a intervenção. As participantes foram encaminhadas pelo CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e estavam em condições de vulnerabilidade individual e/ou social. A pesquisa foi desenvolvida com 18 mulheres, integrantes do grupo de terapia corporal, entre os meses de agosto a dezembro de 2018 e resultou em 16 encontros com duração média de uma hora e meia. Cada encontro era dividido em três momentos: escuta inicial, aplicação da técnica e compartilhamento das experiências. Além das entrevistas, as falas das participantes durante os encontros também eram gravadas e posteriormente transcritas para análise. A análise dos dados, por meio do processo grupal e do estudo de caso de três mulheres, permitiu compreender a função da TRE na elaboração do estresse e trauma das participantes. A TRE possibilitou às mulheres o aumento da consciência corporal, contato com as sensações de relaxamento e prazer, alterações no humor e nas emoções, redução dos sintomas físicos, aumento da vitalidade e disposição, redução do estresse e ansiedade, mudanças nos comportamentos sociais e resgate da autonomia. Os resultados indicam que a técnica pode colaborar na elaboração de experiências estressoras e traumáticas e contribuir para a promoção da saúde mental em mulheres em contexto de vulnerabilidade.

Palavras-chave: TRE (*Técnica de Redução de Estresse e Trauma*); Mulheres; Estresse; Trauma Psicológico; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

This research aims to understand the elaboration of stress and trauma by women who are in a situation of vulnerability. The objective was to analyze the role of the body technique known as TRE (Tension & Trauma Releasing Exercises) in this process. It also intends to verify the effects of TRE technique in stress and trauma elaboration as well as to identify the psycho-emotional changes perceived in and by the participants during and after using this instrument. The study consists of a Case Study that uses different qualitative research instruments for data collection, such as: free interview with life history retrieval, participant observation, field diary, audio records of the conversations and "complete sentences" protocol. Some instruments such as the interview and the "completing sentences" were applied before and after the intervention. Participants were referred by CRAS (Reference Center for Social Assistance) and were in individual and/or social vulnerability. The research was carried out with 18 women, members of the body therapy group, between the months of August and December 2018 and resulted in 16 meetings with an average duration of one hour and a half. Each meeting was divided into three moments: initial listening, technique application and experience sharing. In addition to the interviews, the participants' speeches were recorded and later transcribed for analysis. The data analysis, through the group process and the Case Study of three women, allowed us to understand the role of TRE in the participants' stress and trauma elaboration. TRE enabled women to increase body awareness, contact with feelings of relaxation and pleasure, change mood and emotions, reduce physical symptoms, increase vitality and disposition, reduce stress and anxiety, change social behaviors and rescue their autonomy. The results indicate that the technique can collaborate in stressful and traumatic experiences and contribute to the promotion of mental health in women in a vulnerable context.

Keywords: TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*); Women; Stress; Psychological Trauma; Social Vulnerability.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	13
<i>CAPÍTULO 1 - A VULNERABILIDADE COMO PROMOTORA DE ESTRESSE E TRAUMA EM MULHERES BRASILEIRAS.....</i>	21
1.1. Condição feminina e vulnerabilidade	21
1.2. Saúde mental, estresse, trauma e sofrimento psíquico em mulheres	36
<i>CAPÍTULO 2 - AS PRÁTICAS CORPORAIS NO TRATAMENTO DO TRAUMA: PSICOTERAPIA REICHIANA E ANÁLISE BIOENERGÉTICA</i>	51
2.1. Os primórdios da Psicoterapia Corporal	51
2.2. O trauma na perspectiva da Psicoterapia Corporal.....	66
<i>CAPÍTULO 3 - A TERAPIA CORPORAL TRE COMO ESTRATÉGIA PARA AUTORREGULAÇÃO DO ORGANISMO</i>	74
3.1. David Bercei e a TRE (<i>Tension & Trauma Releasing Exercises</i>).....	74
3.2. O papel da TRE na Neurofisiologia do trauma	85
<i>CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO: RESGATE DA TRAJETÓRIA DA INVESTIGAÇÃO</i>	103
4.1. A Epistemologia Qualitativa como recurso de investigação	103
4.2. A trajetória da pesquisa	111
4.3. A organização do grupo	114
<i>CAPÍTULO 5 - O PAPEL DA TRE NO PROCESSO GRUPAL.....</i>	120
5.1. Características sociodemográficas e psicoemocionais do grupo	120
5.2. A prática da TRE em grupo: o processo do tremor	130
5.2.2. Primeira etapa	130
5.2.3. Segunda etapa	133
5.2.4. Terceira etapa.....	136
5.3. Efeitos da Técnica no grupo	139

5.3.1.	Prazer, relaxamento e sono	139
5.3.2.	Sintomas físicos, flexibilidade e vitalidade.....	142
5.3.3.	Estresse, ansiedade e humor.....	145
5.3.4.	Autoestima, comportamento e relacionamentos	147
5.4.	Reflexões finais	150
<i>CAPÍTULO 6 - A TRE NA ELABORAÇÃO DO ESTRESSE E TRAUMA: A</i>		
<i>TRAJETÓRIA DE MAURA, SILVIA E NARA</i>		
<i>152</i>		
6.1.	A trajetória de Maura	152
6.1.1.	Breve história de vida	152
6.1.2.	Percepções da entrevistadora.....	155
6.1.3.	Processo no grupo	156
6.1.4.	Percepção de Maura em relação ao processo vivido.....	162
6.1.5.	Vulnerabilidade e trauma na trajetória de Maura.....	165
6.2.	A trajetória de Silvia	169
6.2.1.	Breve história de vida	170
6.2.2.	Percepções da entrevistadora.....	171
6.2.3.	Processo no grupo	172
6.2.4.	Percepção de Silvia em relação ao processo vivido.....	178
6.2.5.	Vulnerabilidade e trauma na trajetória de Silvia.....	180
6.3.	A trajetória de Nara	184
6.3.1.	Breve história de vida	184
6.3.2.	Percepções da entrevistadora.....	186
6.3.3.	Processo no grupo	188
6.3.4.	Percepção de Nara em relação ao processo vivido	195
6.3.5.	Vulnerabilidade e trauma na trajetória de Nara	198
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS: TECENDO REFLEXÕES SOBRE TRE,</i>		
<i>VULNERABILIDADE E CONDIÇÃO FEMININA.....</i>		
<i>204</i>		
<i>REFERÊNCIAS</i>		
<i>211</i>		
<i>APÊNDICES.....</i>		
<i>230</i>		
Apêndice A - Tópicos Entrevista – História de Vida		
230		
Apêndice B - Protocolo Completar Frases.....		
231		

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	234
<i>ANEXOS</i>	239
Anexo I - Exercícios Básicos TRE (Técnica de Redução de Estresse e Trauma)	239
Anexo II - Parecer Consubstanciado do CEP.....	243

INTRODUÇÃO

Toda investigação é fruto de uma história. Não há como separar a construção de uma pesquisa do processo histórico do pesquisador. O caminho da pesquisa torna-se, portanto, indissolúvel da história acadêmica e pessoal daquele que a idealizou. Isso me leva a resgatar meu processo como psicoterapeuta, pesquisadora e professora universitária para assim explicar o nascimento deste estudo e os percursos para sua concretização.

Quando narramos nossa trajetória percebemos os inúmeros caminhos que percorremos e as infinitas escolhas que realizamos para alcançar determinados sonhos e projetos. A Faculdade de Psicologia, sem dúvida alguma, foi a primeira e talvez a mais importante escolha rumo à minha realização profissional. Cinco anos como estudante dessa ciência despertaram em mim o interesse por diferentes áreas do saber e mostraram-me onde eu gostaria de chegar como profissional: a área clínica, por meio da psicoterapia, apresentou-se como uma possibilidade de intervenção e cura do ser humano. Ademais, ser bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPQ permitiu-me o contato com a pesquisa empírica e o surgimento do interesse em desvendar fenômenos sociais e subjetivos. Nesse sentido, a docência revelou-se como outro caminho profissional onde eu poderia exercer o trabalho de professora e pesquisadora. Graduei-me em 1999 e após a conclusão do curso iniciei minha prática como psicoterapeuta utilizando a abordagem Gestáltica. No ano de 2002, candidatei-me e fui aprovada no Programa de Mestrado em Psicologia Social na PUC/Goiás. Nesse programa, tive o privilégio de ser orientada pelo pesquisador cubano Dr. Fernando González Rey, e com ele pude mergulhar no estudo da Epistemologia Qualitativa e apreender a riqueza dessa metodologia na compreensão da realidade. Durante o mestrado, ministrei aulas na PUC de Goiânia como professora contratada, nos cursos de Administração e Turismo. Nesse mesmo período, fui chamada pela Universidade de Rio Verde/Goiás, instituição na qual trabalho desde 2002, para atuar como docente na Faculdade de Psicologia, na área de Psicologia Social Comunitária, sendo aprovada em 2007 em concurso público e posteriormente efetivada como docente.

Como professora dessa área, sempre me preocupei em vincular o saber psicológico às necessidades da população ao estimular e orientar os acadêmicos a intervirem em grupos e

comunidades excluídas. Destarte, criei em 2003 o CCPA (Centro Comunitário Psicologia em Ação), instituição que tinha por objetivo agenciar o compromisso da Psicologia com a comunidade rioverdense através de programas e projetos de intervenção que promovessem a saúde mental dos moradores dos bairros considerados zonas de risco. O CCPA estava instalado em uma região periférica da cidade e atendia pessoas em condições de pobreza e vulnerabilidade por meio de atividades e oficinas em grupos. A instituição compunha a rede de apoio de Rio Verde ao atuar em parceria com o CRAS e demais entidades de Assistência Social. O CCPA atendia aproximadamente 300 pessoas por semana, por meio de grupos terapêuticos e educativos, visitas domiciliares, escuta terapêutica, aconselhamento psicológico, entre outras práticas que fugiam do modelo clínico tradicional da psicologia. Eram participantes do CCPA: crianças, adolescentes, adultos e idosos, sendo as mulheres público predominante.

Ser coordenadora desse órgão e supervisora dos estágios em Psicologia Social Comunitária permitiu-me desenvolver e orientar inúmeros projetos sociais e capacitar alunos para trabalharem nessa área usando, entre outras ferramentas, o grupo como método; além de assistir diversas pessoas em sofrimento psíquico e com prejuízos na saúde mental, sequeladas por experiências traumáticas em decorrência de problemas sociais como pobreza, violência, desemprego e vulnerabilidade, especialmente mulheres chefes família. Foram 13 anos trabalhando na comunidade, o que me rendeu diversas produções acadêmicas, aprendizado e crescimento e levou-me a buscar práticas e técnicas que pudessem colaborar com a saúde dessa população menos favorecida e carente de assistência psicoemocional.

Destarte, com intuito de aprimorar meus conhecimentos aprendi novas práticas de intervenção em grupos e comunidades por meio de cursos como: “Terapia Comunitária” com Dr. Adalberto Barreto e “Coordenação de grupos” pela SOBRAP (Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama). Ademais, mesmo não sendo foco dessa área de atuação psicológica, meu desenvolvimento como psicoterapeuta atravessava constantemente minha intervenção na comunidade, na medida em que utilizava e adaptava as técnicas corporais nos contextos grupais.

Resgatando meu histórico como psicoterapeuta, as abordagens humanistas-existencialistas respaldaram minha prática desde que comecei a atuar na área clínica, contudo,

em 2007, participei de um workshop denominado “Autoimagem: Morte e Renascimento do Ego” conduzido pelo psicólogo e terapeuta transpessoal Nilton Ferreira, no qual pude experimentar em grupo as práticas corporais da bioenergética e da core energética. A partir disso, minha atuação clínica voltou-se para as vertentes das Psico(terapias) corporais. Posso afirmar que o workshop representou um marco na minha vida pessoal e profissional. Fui apresentada a novas técnicas e ferramentas terapêuticas e “experimentei” os resultados desses recursos em meu estado emocional à medida que os trabalhos corporais mobilizavam meu corpo e todos os traumas existentes nele, liberando, ressignificando, transformando.

De tal modo comecei minha jornada pelas práticas terapêuticas corporais: em 2008, iniciei a formação em Psicologia Transpessoal Centrada no Corpo oferecida pelo Instituto Serra da Portaria em Goiás, concluída em 2010; em 2012, fiz o curso de “Terapia Energética Corporal: de Reich ao coração”, conduzido pelo Psicoterapeuta Reichiano Dr. Dimas Calegari; em 2016, concluí o Treinamento em TRE oferecido pela Centrar (Centro de Trauma e Resiliência) em parceria com o Instituto *TRE For All* e dirigidos pelos terapeutas Mariano Pedrosa e Dr. David Bercei. Nessa formação, pude aprender sobre a neurofisiologia do trauma e a eficácia das terapias corporais na redução do sofrimento emocional provocado pelo trauma. Desejando aprofundar-me nessa perspectiva, ingressei em 2017 na Formação em “Experiência Somática: a cura do trauma” coordenado pela ABT (Associação Brasileira do Trauma) que me permitiu o detalhamento nos estudos de Peter Levine sobre a traumatologia, bem como nas técnicas corporais mais sutis e proprioceptivas voltadas para a cura do trauma pelo corpo. O contato com as abordagens Psico(terapêuticas) corporais e com a temática do trauma psicoemocional provocou em mim o desejo de pesquisar esses fenômenos de forma integrada e conectada às questões psicossociais. Nesse sentido, interessei-me em explorar empiricamente a TRE, visto ser uma técnica que podia ser praticada em grupo e que eu utilizava tanto em contexto psicoterapêutico quanto comunitário, por meio da qual obtinha resultados significativos com diferentes públicos quanto à redução de estresse, tensão e alívio do sofrimento emocional.

Nos últimos dez anos, em todo o mundo, o número de pesquisas e estudos relacionados à TRE cresceu fortemente. Por um lado, devido a Davi Bercei, que conduzia e divulgava a técnica em vários países e, por outro lado, ao interesse de diversos estudiosos e

instituições em compreender os efeitos dessa ferramenta na redução de estresse e traumas. Contudo, no Brasil, apenas duas pesquisas foram realizadas e publicadas. Nesse sentido, fui incentivada por Mariano Pedrosa e por colegas facilitadores da TRE a explorar essa atividade corporal. Investigar essa ferramenta permitiria divulgá-la no meio acadêmico e científico e assim possibilitaria torná-la acessível para outros contextos e cenários. Esse processo poderia contribuir com a inserção da TRE em políticas públicas, em especial nas instituições a serviço de populações vulneráveis.

A TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) é uma técnica corporal denominada no Brasil como “Técnica de Redução de Estresse” e foi desenvolvida pelo terapeuta corporal Dr. David Berceli (1) em seus vários anos de trabalho em países assolados por guerras e catástrofes. Caracteriza-se por ser uma ferramenta simples, de fácil condução, autoaplicável, que pode ser utilizada em grupos e comunidades e em contexto (psico)terapêutico. Os exercícios, ao serem realizados, provocam tremores no corpo, conhecidos como tremores neurogênicos, ou seja, respostas neurológicas involuntárias do organismo produtoras de relaxamento físico e redução de estresse e ansiedade.

O trauma tem se mostrado como um fenômeno mundial e sua ocorrência está associada à forma como a sociedade organiza-se e se reproduz economicamente, apresentando-se também como um fenômeno psicocorporal que envolve transformações e alterações neurológicas e psicossociais nas pessoas. No caso das mulheres brasileiras, as condições culturais (patriarcalismo, machismo, discriminação de gênero) e econômicas (pobreza, injustiça salarial, desigualdade social) às quais estão submetidas, são fenômenos que favorecem a instalação de estresse e de sérios problemas emocionais e traumáticos. Diante dessas situações, pode-se afirmar que o trauma psicoemocional, decorrente das condições socioeconômicas existentes em nosso país, constitui-se atualmente como um grave problema de saúde coletiva na medida que atinge inúmeras pessoas, em especial, aqui, o público feminino, e provoca prejuízos físicos, emocionais, financeiros e sociais. Tais evidências significam a existência da necessidade de formulação de políticas públicas e sociais de prevenção e promoção da saúde da mulher. Isso implica em investir em profissionais habilitados no tratamento do trauma e em ferramentas que possam contribuir com esse público em situação de sofrimento numa perspectiva integral e psicossocial.

Consideradas a partir do ponto de vista das (psico)terapias corporais, as situações estressantes, assim como os traumas, relacionam-se a um conjunto de fatores psicológicos, neurológicos e fisiológicos, diante dos quais o organismo é forçado além da sua capacidade a enfrentar um evento. Essa situação provoca no sistema nervoso autônomo uma desorganização e uma dificuldade de descarga e reorganização, causando dor, angústia, paralisação diante da vida, ansiedade, medo, irritabilidade, alteração da percepção da realidade e esquiva diante de uma situação estressora, entre outros sintomas. Mulheres que vivem em condição de vulnerabilidade estão susceptíveis a sintomas de estresse e traumas, pois são submetidas cotidianamente a situações de ameaça, medo e insegurança.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2), o número de pessoas em situação de vulnerabilidade aumentou em 2%, saindo de 0,243 em 2014 para 0,248 em 2015, como consequência dos graves problemas sociais, econômicos e políticos que assolam o nosso país. Nesse contexto, segundo os indicadores do IBGE (3), a população feminina encontra-se entre os grupos mais vulneráveis, especialmente a mulher negra. Condições como chefiar a família, pobreza, baixa escolaridade, violência, misoginia, discriminação, entre outras, podem ser reconhecidas nos exemplos de situações que provocam medo, insegurança e instabilidade nas mulheres. Logo, podem provocar estresse, agravos na saúde mental e possibilidade de trauma.

O termo vulnerabilidade surgiu na década de 90 em meio às epidemias de HIV, orientado por enfoques que buscavam a atenção integral da saúde e o atendimento aos fundamentos dos Direitos Humanos. Assim, o respeito pela vulnerabilidade humana foi enunciado como princípio ético na Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem em 2005 e foi atrelado aos conceitos de autonomia, dignidade e integridade, expressados por meio das metas de proteção e preservação da vida. Este estudo entende a vulnerabilidade em seu aspecto individual e social.

A vulnerabilidade individual, além de envolver os aspectos de dano e sofrimento da pessoa, relaciona-se também à fragilidade biológica, emocional e/ou psicológica e à insuficiência de recursos de autoproteção. Já a vulnerabilidade social é um termo que se refere às condições do indivíduo ou grupo em situação de exclusão, discriminação e fragilidade nos

vínculos sociais e familiares. É importante ressaltar que embora a carência de renda seja um indicador da vulnerabilidade, esse conceito também envolve uma conjugação de outros fatores, como: configuração familiar, escolaridade, formas de inserção no mercado de trabalho, condições de saúde, mobilidade social, deficiência na oferta de bens e do acesso a políticas públicas, bem como à possibilidade de utilização dos serviços ofertados pelo Estado.

Tendo em vista as condições de vulnerabilidade social em que se encontra a população feminina, faz-se necessário buscar recursos que contribuam com a saúde mental dessas mulheres, bem como atuem na prevenção de trauma e estresse. De acordo com terapeutas corporais e neurocientistas como Bercei (1), MacCan (4), Scaer (5), Porges (6) e Van Der Kolk (7), as terapias tradicionais têm enfrentado dificuldades no tratamento desses grupos, pois o trauma permanece preso à fisiologia humana e necessita de ferramentas que acessem e liberem esses conteúdos por meio de novos métodos terapêuticos que tratem da pessoa sem retraumatizá-la. Nessa perspectiva, as terapias corporais têm se mostrado eficientes, uma vez que consideram que todo trauma inscreve-se no corpo e no sistema nervoso autônomo, numa indissociação entre mente/corpo. Essas terapias buscam tratar o ser humano em sua integridade biopsicossocial, visando à promoção psicoemocional da saúde por meio de processos corporais profundos. A abordagem corporal também pode ser conduzida em grupos e populações, sendo autorreguladoras (conduzidas e geridas pela própria pessoa). Além disso, as terapias corporais facilitam o acesso e a possibilidade de serem utilizadas em instituições de diferentes tipos, apresentando um bom potencial para integrar as políticas públicas voltadas para a saúde e o bem-estar da população no Brasil.

Ao considerar as relações entre corpo, vulnerabilidade feminina, estresse e trauma aqui apresentadas, objetivei por meio desta pesquisa compreender o papel da técnica corporal TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) no processo de elaboração de vivências estressoras e potencialmente traumáticas em mulheres que viviam em situação de vulnerabilidade. Pretendi, por meio do estudo, verificar os efeitos da técnica na elaboração do estresse e trauma e identificar as mudanças psicoemocionais percebidas nas e pelas participantes durante e após o processo de utilização do instrumento.

O programa de pós-graduação Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), com uma visão multidisciplinar sobre diversas áreas do conhecimento, ofereceu-me condições para desenvolver meu projeto com liberdade e autonomia, e, apoiada e orientada pela Adriana Lia Frizman de Laplane, pude investir na concretização desta pesquisa. De forma ética e responsável, fui compondo, costurando, tecendo e construindo o arcabouço empírico e teórico, enriquecendo-me de conhecimento, aprendizado e crescimento pessoal na medida que realizava cada etapa da investigação e posteriormente da escrita da tese.

A presente tese, trabalho resultante de anos de estudo e investigação, será desenvolvida em forma de capítulos. O capítulo 1, denominado “A vulnerabilidade como promotora de estresse e trauma em mulheres brasileiras”, abordará os aspectos da vulnerabilidade feminina no contexto brasileiro, bem como as consequências dessas condições na saúde mental desse público e a implicada relação entre vulnerabilidade, condição feminina e sofrimento psíquico. No capítulo 2, “As práticas corporais no tratamento do trauma: Psicoterapia Corporal Reichiana e Análise Bioenergética”, explorarei os primórdios das terapêuticas corporais ao discutir a Psicoterapia Corporal na perspectiva de Wilhelm Reich (1897-1957) e de Alexander Lowen (1910-2008) assim como a relevante contribuição dessa abordagem no tratamento do trauma. No próximo capítulo (3), “A terapia corporal TRE como estratégia para autorregulação do organismo”, apresentarei a TRE de David Bercei, seus fundamentos, pressupostos, características e seu papel na neurofisiologia do trauma e na restauração da homeostase do organismo. O capítulo 4, “Percurso metodológico: resgate da trajetória da investigação”, abordará os recursos metodológicos utilizados na referida investigação e os caminhos percorridos pela pesquisadora para sua realização. Apresentarei a pesquisa qualitativa como referência epistemológica ao sustentar e embasar todas as etapas do estudo e os instrumentos que viabilizaram a coleta das informações, assim como o processo de coleta de dados por meio das participantes e do grupo da TRE. No capítulo 5, intitulado, “O papel da TRE no processo grupal”, discutirei os resultados da TRE no processo grupal e os efeitos desse instrumento na vida das participantes. Na sequência, o capítulo 6, com o tema “A TRE na elaboração do estresse e trauma: a trajetória de Maura, Silvia e Nara”, aprofundarei,

por meio de três estudos de casos, a análise dos efeitos da TRE na subjetividade de três mulheres e a compreensão das mudanças percebidas em suas vidas.

Por fim, em “Considerações finais: tecendo reflexões sobre TRE, vulnerabilidade e condição feminina”, discutirei sobre os determinantes históricos e socioculturais da vulnerabilidade feminina e do adoecimento psicoemocional da mulher em nossa sociedade. Elucidar-se-á a necessidade de políticas públicas e sociais amplas e equitativas que reduzam a desigualdade de gênero e contribuam para a minimização da vulnerabilidade feminina e consequentemente previnam o sofrimento de milhares de mulheres. Destacar-se-á a TRE como ferramenta eficaz e potente para promoção da saúde de mulheres em contexto de vulnerabilidade, assim como as recomendações do uso da técnica em contextos institucionais e coletivos.

CAPÍTULO 1 - A VULNERABILIDADE COMO PROMOTORA DE ESTRESSE E TRAUMA EM MULHERES BRASILEIRAS

1.1. Condição feminina e vulnerabilidade

Dados sobre indicadores sociais divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (3) apontam que no Brasil 3,6 milhões de pessoas vivem na pobreza, 13,5 milhões encontram-se em situação de extrema pobreza e um quarto da população brasileira, 52,5 milhões de pessoas, ainda vive com menos de R\$420,00 *per capita* por mês. A pobreza no Brasil atinge sobretudo a população preta ou parda, que representa 72,7% dos pobres, e que corresponde a 38,1 milhões de pessoas. Nesse aspecto, o IPEA (8) aponta que mais de 23 milhões de brasileiros entraram em situação de vulnerabilidade social no período de 2015 a 2017 em consequência da crise econômica do país.

Ainda de acordo com o IBGE (3), 47% dos brasileiros abaixo da pobreza está na região Nordeste, sendo que desse público 53% residem no estado do Maranhão. Todos os estados das regiões Norte e Nordeste apresentaram indicadores de pobreza acima da média nacional. Já em Goiás, o número de habitantes em situação de extrema pobreza aumentou em 2017, somando 264,3 mil pessoas (3,9% do total) nessa condição em todo estado; sinalizando o aumento da desigualdade social e conseqüentemente do número de pessoas em contexto de vulnerabilidade social.

O público feminino é considerado de maior vulnerabilidade, reforçado pela desigualdade de gênero, raça e etnia. O IBGE (3) informa que existem no Brasil 100,5 milhões de habitantes mulheres, o que equivale a 51,5% da população do país, ou seja, metade da população brasileira é composta pelo sexo feminino. Esse público tem assumido, nas últimas décadas, a responsabilidade pelo comando familiar, o que revela o IPEA (8) ao demonstrar que o percentual de domicílios brasileiros comandados por mulheres saltou de 25%, em 1995, para 45% em 2018.

De acordo com os dados do estudo “Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios”, realizado por Cavenaghi e Alves (9), o número de famílias brasileiras chefiadas por mulheres passou de 14,1 milhões em 2001 para 28,9 milhões em 2015, representando um

aumento de 105%. A maior porcentagem de famílias chefiadas por mulher está no Nordeste, mas houve um grande crescimento nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. Esse estudo ainda aponta que as famílias monoparentais femininas cresceram 28,3%, indo de 9 milhões em 2001 para 11,6 milhões em 2015 e que famílias formadas por mãe solteira, separada ou viúva e seus filhos representam 15,3% de todas as formações familiares.

Em relação as mulheres pretas o IPEA (8) destaca que 63% delas é chefe de família e estão abaixo da linha da pobreza, em relação a 39,6% das mulheres brancas. Cavenaghi e Alves (9) descrevem um crescimento maior das famílias chefiadas por mulheres pretas: de 6,4 milhões em 2001 para 15,9 milhões em 2015, em relação a 7,6 milhões em 2001 para 12,7 milhões das famílias chefiadas por mulheres brancas. O IBGE (3) ressalta que as mulheres pretas ou pardas constituem 27,2 milhões daqueles que estão abaixo da linha da pobreza e são consideradas público de maior vulnerabilidade, especialmente aquelas chefes de famílias com baixa escolaridade e com filhos menores de 14 anos de idade. A vulnerabilidade, portanto, no Brasil, tem cor, raça e gênero. Mas o que conceituamos por vulnerabilidade? Qual o papel da mulher no contexto da vulnerabilidade? E quais fatores são determinantes para vulnerabilidade social da mulher brasileira?

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivada de *vulnerare* que significa “ferir” e *vulnerabilis* que é associada a “lesão”, sendo definida como “aquele que pode ser fisicamente ferido, atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido”. Inicialmente, o termo foi vinculado ao contexto da experimentação humana, cujas pesquisas realizadas com pessoas desprotegidas e socialmente desfavoráveis como pobres e mulheres exigiam a estruturação de princípios éticos que pudessem proteger e respaldar esse público de ser ferido ou violado. (10).

A vulnerabilidade como categoria política e social difundiu-se no final da década de 1970 com a crise do mundo do trabalho, onde a insegurança social aparece como uma dimensão associada aos indivíduos na sociedade moderna. Nessa perspectiva, o termo vulnerabilidade é abordado no Relatório Belmont de 1979, com vistas à defesa de pessoas e população desprotegidas. Esse documento assegura o cumprimento de três princípios éticos básicos: respeito e proteção às pessoas que possuem baixa autonomia, consentimento

informado ou obrigatoriedade de informação sobre o voluntariado e redução de danos ao sujeito.

A emergência da temática “vulnerabilidade” ocorreu explicitamente nos anos 90, a partir da sua associação à epidemia de HIV/AIDS. As ideias vinculadas ao conceito de vulnerabilidade nortearam os enfoques da atenção integral e processos de mobilização social fundamentados nos Direitos Humanos. Essa foi a porta de entrada do conceito na área da Saúde Pública de acordo com Oviedo e Czeresnia (11).

Pensando na perspectiva da saúde, considera-se, de acordo com Ayres et. al. (12), que a análise da vulnerabilidade precisa envolver três eixos que estão interligados: o individual, o social e o programático, sendo o individual relacionado à qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre o problema e à capacidade de elaborar essas informações e transformá-las em práticas de prevenção e proteção. O componente social está vinculado às possibilidades de obter e elaborar informações, acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, influência nas decisões políticas, enfrentamento de barreiras sociais, entre outros. E por último, o componente programático refere-se aos recursos sociais e políticas públicas ligadas ao problema. (12).

No Brasil, o termo vulnerabilidade apareceu pela primeira vez na Constituição de 1988, marco legal para formalização da política de assistência social no país ao preconizar a garantia universal dos direitos da população brasileira como obrigação do Estado. Dessa forma, consolidou os direitos humanos fundamentais, dentre eles, a garantia da igualdade de direitos sem distinção de gênero.

Em 1993, a LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) e posteriormente a PNAS (Política Nacional de Assistência Social) permitiram a consolidação da política com a criação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). O termo vulnerabilidade social ganha, assim, destaque e visibilidade no país.

A conceituação da vulnerabilidade como uma condição desfavorável, identificada por processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural, permite direcionar a ação da assistência social no sentido

da prevenção, proteção básica, promoção e inserção social, cujos efeitos definem, de maneira geral, o seu público (13). Na PNAS, o público alvo da assistência social é constituído por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como, famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade, identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexuais, desvantagem pessoal resultante de deficiências, exclusão pela pobreza e/ou falta de acesso às demais políticas públicas, uso de substâncias psicoativas, diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos, inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal, estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (13). Nesse contexto, percebe-se que a vulnerabilidade não tem por público-alvo apenas os “pobres”, mas todas as pessoas que se encontram em situação de fragilidade, exclusão e impossibilidade de acesso a condições dignas de vida e a serviços, o que denota um avanço na universalização dos direitos assistenciais.

Nesse sentido, Sposati (14) reforça que estar em situação de vulnerabilidade social não significa estar na linha da pobreza, contudo, essa condição pode agravar os riscos. A autora acentua as situações de vulnerabilidade, dos riscos e das fragilidades, mas não estabelece uma relação causal com a pobreza. Torossian & Rivero (15) defendem um conceito de vulnerabilidade que analisa o acesso da população a serviços e políticas públicas e de cidadania, focando não apenas na escassez de recursos, mas principalmente nas condições da população para lidar com os recursos existentes. Nesse sentido, pode-se conceituar a vulnerabilidade social como:

“...conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores, tais como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano, ou cultural dentre outros, que gera fragilidade dos atores no meio social” (16).

Ressalta-se que a vulnerabilidade caracteriza-se tanto pela ausência de recursos, quanto pela ausência de defesas do indivíduo para enfrentar as situações de incertezas no ciclo de vida (17). Assim, considera-se que estar em situação de vulnerabilidade significa ter as potencialidades de respostas alteradas ou diminuídas frente às situações de risco ou constrangimento naturais da vida, indica uma predisposição à precarização, vitimização, agressão, mas também, resiliência, ou seja, a capacidade de resistir e construir estratégias de convivência em ambientes desfavoráveis e condições difíceis, a disposição de resistência a confrontos e conflitos. Carmo e Guizardi (18) acrescentam que estar em vulnerabilidade não implica que a pessoa irá sofrer danos, mas, que devido à sua fragilidade, ela está mais suscetível a eles, considerando as desvantagens quanto à mobilidade social e à qualidade de vida. Esses autores defendem que o ser humano vulnerável pode receber apoio para sair dessa situação, pois não se trata de uma condição natural, mas sim de um fenômeno social associado a contextos individuais e coletivos.

Ferreira et al. (19) e Cançado et al. (20) consideram a vulnerabilidade numa perspectiva multidimensional, na medida em que afeta indivíduos, grupos e comunidades em sua qualidade de vida e bem-estar de diferentes formas e intensidade. Isso implica em desvincular a vulnerabilidade da pobreza ou da privação de renda e conduz à análise de contextos de múltiplas variáveis como: composição familiar, qualidade de vida, condições de saúde, acesso aos serviços médicos e educacionais, condições de trabalho, remuneração justa e garantia dos direitos sociais. Assim:

“...a mera condição de família monoparental, com crianças pequenas e chefiadas por uma mulher, não a torna necessariamente vulnerável, mas a combinação dessa situação com a baixa escolaridade da chefe configura uma situação de vulnerabilidade social, uma vez que os recursos cognitivos acumulados por essa família podem ser insuficientes para lhe garantir níveis adequados de bem-estar, expondo-a a riscos variados como agravos à saúde, violência e pobreza”. (19).

Com essa compreensão, Morais, Raffaelli e Koller (21) entendem a vulnerabilidade social como um resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades

sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Acrescentam ainda que vulnerabilidade inclui situações de pobreza, mas não se limita a elas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2) avalia a vulnerabilidade social partindo de dados específicos, como: saúde, violência, fecundidade, aspectos demográficos, mercado de trabalho, educação, rendimento e condições de vida.

Carmo e Guizarde (18) discorrem sobre a relação entre vulnerabilidade e pobreza e argumentam que na sociedade capitalista a vulnerabilidade está inscrita em diferentes níveis nas populações mais pobres. Contudo, as questões econômicas não são determinantes. Portanto, torna-se necessário relacionar vulnerabilidade e precariedade no acesso a direitos e proteção social ao colocar o sujeito sem recursos econômicos em situação de privação de recursos materiais, pois este estará conseqüentemente desprovido de autonomia, liberdade e segurança. Nessa direção, Pinto (23) argumenta que a situação de vulnerabilidade das famílias relaciona-se, além da situação de pobreza, com questões psicossociais e culturais em que a pobreza manifesta-se, expondo pessoas a condições de vida precárias e degradantes. Cenário esse onde se verifica o aumento de famílias monoparentais, cabendo à mulher o papel de chefe da família. Silva e Chai (24) ratifica que na sociedade capitalista, ancorada na desigualdade social, as mulheres pobres mostram-se como grupo de risco e a vulnerabilidade desse público vincula-se diretamente a classe, raça e gênero.

De acordo com o Atlas da Vulnerabilidade Social (1), a condição de vulnerabilidade refere-se à ausência ou insuficiência de recursos ou estruturas (como fluxo de renda, condições adequadas de moradia e acesso a serviços de educação) e é composta por 16 indicadores organizados em três dimensões: renda e trabalho, capital humano e infraestrutura urbana. “Essas dimensões correspondem a conjuntos de ativos, recursos ou estruturas, cujo acesso, ausência ou insuficiência indicam que o padrão de vida das famílias encontra-se baixo, sugerindo, no limite, o não acesso e a não observância dos direitos sociais” (1).

Os indicadores mencionados no Atlas incluem: percentual de pessoas que vivem em domicílios com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, percentual de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos, percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filho menor de 15 anos de idade, taxa de analfabetismo da população de 15

anos ou mais de idade, percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e possuem renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo, percentual de crianças que vivem em domicílios em que nenhum dos moradores possui ensino fundamental completo, renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo, entre outros (1). Fatores como desigualdade nas condições de trabalho, diferença salarial, participação política somadas à sobrecarga de afazeres domésticos e cuidados dos filhos resultam numa precarização da qualidade de vida e acentuam a vulnerabilidade social feminina.

O último Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) divulgado pelo IPEA (2) apresentou um aumento de 2% em 2015. Os estados com maior nível de vulnerabilidade encontram-se no Norte e Nordeste do país. Essas regiões concentram altos índices de famílias chefiadas por mulheres com baixa escolaridade e que possuem filhos de até 15 anos de idade. O estado de Goiás apresenta vulnerabilidade média e no que se refere aos dados das mulheres chefes de família, 12,7% delas são brancas e 15,49% são pretas.

Nesse aspecto, as mulheres, especialmente as mulheres pretas, são público-alvo da assistência social, constituindo a maior parte das beneficiárias dessa política, na medida em que são colocadas como centrais no contexto familiar e responsáveis pela manutenção financeira e emocional dos filhos (25). Esses autores criticam essas políticas assistenciais quando apontam que os direitos sociais são precários e não contribuem para redução da responsabilização das famílias e não promovem a negociação das atividades domésticas e reprodutivas da mulher e sua inserção no mercado de trabalho remunerado: “A perspectiva familista, que marca o modelo de proteção brasileiro, faz com que, no caso dessas mulheres em situação de pobreza, e de maioria negra, a combinação entre Estado, mercado e família seja perversa”.

Novellino (26) também questiona as políticas públicas de gênero voltadas para mulher pobre quando as define como assistencialistas, direcionadas para famílias, sobretudo para o atendimento das mulheres em suas funções reprodutivas e priorizando a maternidade em prejuízo de outras necessidades da mulher de baixa renda. “As políticas assistencialistas concentram-se nas funções reprodutivas das mulheres e não levam em consideração suas atividades produtivas e geradoras de renda”.

Entende-se que as intervenções da assistência social devem ter como fim aumentar as capacidades dessas mulheres e/ou famílias para diminuir os riscos da ocorrência de eventos que agravem ainda mais as suas condições de vida. Como defende Novellino (26), as políticas públicas de gênero no Brasil devem ter por objetivo a redução das desigualdades sociais, de gênero e étnicas empoderando mulheres por meio de ações e programas que estimulem a autoestima feminina, o debate sobre gênero e sua capacitação para o mercado de trabalho e participação em cargos públicos.

A questão de gênero e a vulnerabilidade social estão entrelaçadas quando abordamos a condição da vulnerabilidade feminina no Brasil, como ressaltam Passos e Waltenberg (27) ao afirmarem que a vulnerabilidade é marcante na vida das mulheres brasileiras (um grupo heterogêneo em classe, cor e configurações). A vulnerabilidade irá ainda revelar a necessidade da discussão desse tema nas políticas públicas.

Considerando a história brasileira alicerçada numa cultura patriarcal, machista e misógina, entende-se que todas as mulheres estão de uma forma ou outra submetidas à discriminação de gênero, ainda mais quando se vincula gênero a identidades sociais como classe, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, aspectos esses que acentuam a vulnerabilidade (25); e que para Raiher (28), podem determinar a pobreza e aumentar a vulnerabilidade social da mulher, especialmente da mulher preta. Mariano e Carloto (25) reafirmam que a expressiva presença das mulheres negras entre as mais pobres revela-se como um processo histórico de (re)produção de desigualdades sociais que tiveram como eixos estruturantes o gênero, a raça e cor para construção da cidadania e dos direitos humanos.

Assistimos, desde a metade do século passado, uma mudança quanto ao papel feminino na sociedade. A industrialização, a redução da fecundidade, bem como o movimento feminista foram significativos para inserção da mulher no mercado de trabalho. Nesse sentido, Piccolin (29) relata o surgimento de novas configurações familiares, pois a descoberta da pílula contraceptiva e a consolidação dos direitos sociais asseguraram à mulher a conquista de novos espaços além da função reprodutora, o que conseqüentemente contribuiu para a construção de uma nova identidade feminina vinculada à autonomia e independência financeira e emocional.

Deste modo, acrescenta a autora, novos arranjos familiares constituíram-se na sociedade contemporânea com os novos papéis femininos, e entre eles a chefia da família pela mulher.

Na contramão dessas conquistas, não ocorreu uma divisão sexual do trabalho no âmbito familiar e o modelo patriarcal ainda prevaleceu reforçando uma desigualdade de gênero especialmente no que se refere ao mercado de trabalho, em que mulheres atuam em atividades não remuneradas ou com baixos salários e em mercados informais e ainda continuam realizando suas tarefas domésticas e cuidados com os filhos (28). Essa situação, segundo autores como Macedo (30), Piccolin (29) e Raiher (28), colabora para a inserção da mulher na condição de pobreza. Esses autores levantam o debate sobre gênero e vulnerabilidade quando defendem que a questão de gênero torna as mulheres mais vulneráveis à pobreza. A discussão sobre a “feminização da pobreza” baseia-se no aumento da pobreza entre as mulheres nas últimas décadas, quando comparadas aos homens (26).

De acordo com Costa et al. (31), o termo foi utilizado pela primeira vez em 1978, pela socióloga norte-americana Diane Pearce. Ela objetivou compreender o aumento da proporção de mulheres entre os pobres e o crescimento do número de indivíduos em famílias chefiadas por mulheres entre os pobres nos Estados Unidos da América (EUA).

Macedo (30) questiona a visão simplista e reducionista que reforça o estereótipo entre pobreza e vulnerabilidade sem uma análise contextualizada e real das dificuldades enfrentadas pelas mulheres, sendo, destarte, necessário analisar a “feminização da pobreza” como resultado da globalização e das transformações econômicas, sociais e culturais ocorridas nas últimas décadas. Para a autora, o aumento dos domicílios com chefia feminina é um fenômeno complexo e multideterminado e reflete uma expressiva desigualdade social e de gênero, pois as mulheres encontram-se em desvantagem em relação ao homem, enfrentando barreiras culturais e socioeconômicas, tanto em relação à desigualdade no mercado de trabalho quanto à carga horária e nível de remuneração. Não obstante, reforça a autora que esse fenômeno precisa ser compreendido numa perspectiva histórica, cultural, econômica e social e não pautado no paradigma estigmatizante da “incapacidade feminina” para chefiar seus lares e de provocar o aumento da pobreza no país.

Com base nesse entendimento, Costa et al. (31) e Raiher (28) apresentam alguns determinantes que contribuem para vulnerabilidade das mulheres: a pobreza, incluindo a desigualdade na inserção da mulher no mercado de trabalho, a desvalorização econômica e social das atividades executadas no âmbito familiar, a ocupação em trabalhos precários e com menores remunerações, a dificuldade no acesso a recursos produtivos e por último a desigualdade quanto à tomada de decisões tanto na esfera pública quanto privada.

A feminização da pobreza apresenta-se num cenário de injustiças e desigualdade, como complementa Castro (33) ao apresentar duas condições que tornam as mulheres mais pobres e vulneráveis: primeiro, as mulheres com famílias monoparentais empobrecem não porque se tornaram chefes de família ou deixaram um provedor mais capaz, mas porque se tornaram esposas antes da profissionalização e não tiveram as mesmas condições justas de investir em seu desenvolvimento, e, por consequência, permaneceram menos preparadas para o mercado de trabalho. Em segundo lugar, as mulheres continuam sendo vistas como esposas e mães no espaço laboral e sendo discriminadas com diferentes rendimentos mesmo tendo as mesmas condições de idade, escolaridade e habilidades que seus pares do sexo masculino.

De acordo com Pinto et al. (23), as famílias chefiadas por mulheres são resultado de problemas sociais como gravidez precoce, instabilidade familiar, abandono e violência doméstica. Por sua vez, Raiher (28) argumenta que situações como a maternidade, possuir filhos pequenos e ser idosas interferem na busca de melhores condições de vida e geração de renda. Critérios como ser mãe jovem, ser separada ou viúva intensificam a vulnerabilidade à pobreza. Contrariando a crença de que as mulheres chefes de família geram pobreza, observa-se que o público feminino chefe de família pobre é resultado da desigualdade de condições sociais e de gênero.

A vulnerabilidade socioeconômica apresenta-se, assim, na vida da mulher chefe de família como resultado de um conjunto de condições que a levam a constituir-se como principal provedora, trabalhando muitas vezes em atividades informais e mal remuneradas e assumindo as tarefas domésticas e os cuidados com os filhos, como afirma Macedo (30):

“As mulheres chefes de família enfrentam dificuldades suplementares, ao terem que administrar sua dupla participação nas esferas da produção e da

reprodução, em condições desfavoráveis quando comparada aos homens que também são chefes de domicílio, e que não sua maioria, contam com a participação cada vez maior das esposas, tanto na tradicional esfera dos cuidados domésticos como um mundo da produção”.

Passos e Waltenberg (27) acrescentam que além dos diversos papéis geridos pela mulher, a escassez de creches, escolas em tempo integral e apoio em relação aos cuidados com os filhos e idosos existentes no lar também dificultam sua profissionalização e inserção no mercado de trabalho.

Corroborando as ideias de Macedo (32), o estudo realizado pelo IBGE (3) comprova que as mulheres trabalham mais que os homens, em média, 7,5 horas acrescidas por semana, combinando trabalhos remunerados, afazeres domésticos e cuidados de pessoas. A análise realizada por Cavenaghi e Alves (9) mostrou que a mulher que possui filhos trabalha quase o triplo dos homens: enquanto os homens despendem 10,5 horas por semana nos afazeres domésticos, as mulheres gastam 28 horas. Apesar disso, e mesmo com um nível educacional mais alto que o dos colegas, as mulheres ganham, em média, 76,5% do rendimento dos homens (2).

Esses dados reafirmam a tradicional relação de poder entre homens e mulheres, a divisão sexual do trabalho que impõe às mulheres a função “materna e reprodutiva” e a manutenção de uma cultura patriarcal e machista. Nesse sentido, Piccolin (29) pondera a existência de uma forte influência do papel feminino na reprodução social visto que a mulher precisa garantir a manutenção dos empregos, conciliando-os com a jornada de trabalho doméstico e dos cuidados com os filhos. Da desigualdade de gênero decorre, deste modo, a sobre-representação das mulheres entre os pobres (26, 30), o que reafirma Raiher (28) ao demonstrar que tal sobre-representação feminina da pobreza brasileira concentra-se nas regiões Norte e Nordeste do país e contempla sobretudo as famílias chefiadas por mulheres pretas, pardas e indígenas. Passos e Waltenberg (27) destacam que a participação da mulher no mercado de trabalho é “[...] marcada por uma assimetria de gênero, classe e cor, configurando empregos e responsabilidades familiares distintas para mulheres pobres e ricas, brancas e negras”.

No que concerne à questão racial, a mulher preta, como discorrido, encontra-se entre as mais pobres, e essa realidade é reflexo da baixa renda, baixa escolaridade, maior número de famílias chefiadas e mantidas unicamente por mulheres pretas e condições precárias e insalubres de trabalho (25). Mesmo a mulher preta sendo foco dos programas de assistência, esses: “[...] não lhes garantem independência em relação ao mercado; b) não lhes propiciam oportunidades equitativas no mercado de trabalho; c) e, ainda, não reduzem suas ocupações com as tarefas reprodutivas que concorrem com o trabalho remunerado” (25).

Segundo informações do Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil (34) e do IPEA (8), homens brancos recebem as melhores remunerações, seguidos de mulheres brancas, homens pretos e mulheres pretas. O desemprego é maior entre mulheres pretas e jovens, e o trabalho doméstico remunerado (fonte de renda da maioria dessas mulheres) ainda é caracterizado como atividade precária, com baixos rendimentos, baixa proteção social, que submete as pessoas à discriminação e até ao assédio.

A desigualdade de gênero somada à discriminação racial perpassa diariamente o cotidiano da mulher preta, seja no mercado de trabalho, seja no contexto familiar. Esse aspecto é levantado por Silva e Chai (24) ao relatar que o racismo e o sexismo são heranças culturais contra a mulher preta e que se refletem na construção de estereótipos e acentuam as barreiras para seu crescimento no mercado de trabalho. Historicamente, segundo as autoras, as mulheres pretas exerciam serviços domésticos, ocupando posições como cozinheira, lavadeira, ama de leite e trabalhadoras nas lavouras. Além disso, eram vistas como objetos sexuais das senhoras e senhores da casa grande. Essas atividades ainda marcam a presença desse grupo no mercado de trabalho. Silva citado em Silva e Chai (24) descreve a situação da mulher preta no Brasil:

“Marcadas pelo estigma da escravidão, à elas permanecem destinados os trabalhos sem qualificação, trabalhos que dispensam inclusive a educação e a instrução, sobre elas pesa, além das diferenças de gênero, também as de raça. O que observamos é que com papéis sociais “naturalmente” definidos como adequados, os nexos explicativos da condição da mulher negra remetem, primeiramente à sua condição de escrava. Sobre elas recaem tanto as representações em relação ao uso de seu corpo enquanto objeto sexual como aquelas que o vêm adequado ao trabalho doméstico”.

O problema econômico do país provocou o aumento de pessoas em condições de desemprego e desocupação: de 6,9% em 2014 para 12,5% em 2017. No estado de Goiás, a desocupação atingiu sobretudo o público mais vulnerável, 13,2%, mulheres e 12,4%, pretos/pardos (2). São 6 milhões de brasileiros envolvidos em atividades como mensalistas, diaristas, babás, cuidadoras, motoristas, jardineiros entre outras atividades vinculadas aos domicílios dos seus empregadores e, desse total, 92% são mulheres, sendo a maioria preta, pobre e com baixa escolaridade (8). Para Moraes (35), “[...] a condição de informalidade e precariedade das situações de trabalho e ocupação dos negros e das mulheres tornou-se uma característica estrutural do mercado de trabalho brasileiro”. A dificuldade de inserção no mercado ratifica a probabilidade de vulnerabilidade do público feminino, destaque para mulher de cor.

Destaca-se outro aspecto da vulnerabilidade feminina, a violência contra a mulher. Estudo realizado por Pinto et al. (23) revelou que a violência perpassa o contexto das mulheres no Brasil especialmente daquelas que são chefes de família em situação de vulnerabilidade, estando diretamente associados à violência de gênero e à vulnerabilidade social. Na visão de Piccolin (29), a submissão feminina presente na nossa cultura patriarcal apresenta-se rotineiramente por meio da violência contra a mulher, seja ela econômica, de gênero, intrafamiliar, doméstica, física, psicológica ou/e sexual. A vulnerabilidade da mulher à violência, acrescentam Piosiadlo et al. (36), é reflexo da subalternidade de gênero e se apresenta de diversas maneiras por meio de agressões e abusos físicos, verbais e sexuais provocados por parceiros ou ex-companheiros, familiares, amigos, desconhecidos, por instituições públicas ou pelo Estado.

No Brasil, segundo levantamento do Datafolha (37), 16 milhões de mulheres acima de 16 anos sofreram algum tipo de violência em 2018, sendo que 42% delas foram agredidas na própria casa e 76% das vítimas contam que conheciam o agressor, sendo estes o marido/cônjuge/companheiro (23,8%), ex-namorado e ex-companheiros (15,2%) e vizinhos (21,1%). Desse público, as mulheres pretas foram as que sofreram maior violência (28,4%) seguidas das mulheres pardas (27,5%) e das mulheres brancas (24,7%) (37). Esse estudo ainda revelou que quase cinco milhões de mulheres, uma média de 536 mulheres, são agredidas fisicamente e 177 são espancadas por hora no Brasil. Considerando o tipo de agressão, sobressai

a vitimização da mulher preta por ofensa sexual (9,5%), especialmente as separadas pretas (13,3%), enquanto para as brancas a proporção foi de 6,5%. 40% das mulheres pretas afirmaram sofrer violência na rua em relação a 23,2% das mulheres brancas e 40,5% das mulheres pretas também relataram sofrer assédio em relação a 34,9 % das mulheres brancas (37).

Esse estudo mostrou que a violência contra a mulher no ano de 2017 foi a maior nos últimos 10 anos e que a taxa de homicídios contra mulheres pretas cresceu 29,9% em relação a 4,5% das mulheres brancas, confirmando que este público é o que mais sofre feminicídio no Brasil. As regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste apresentaram maiores taxas de vitimização, chegando a quase 30% (37). Em Goiás, o número de casos de feminicídio aumentou 22,58% em 2018. Segundo dados da Secretaria de Segurança Pública de Goiás (SSP-GO), 38 casos confirmados de feminicídio ocorreram durante o último ano contra 31 em 2017. De acordo com Mapa da Violência, Goiás ocupava, em 2013, a terceira posição na taxa de homicídios cujas vítimas eram mulheres, com 8,6 mortes a cada 100 mil habitantes. No município de Rio Verde, segundo dados fornecidos pela Delegacia de Defesa da Mulher de Rio Verde - DEAM (informação verba¹), em 2018 foram registrados 558 casos de violência contra mulher em que o principal agressor era o ex-companheiro. As vítimas, em sua maioria, eram da cor preta e parda, estavam desempregadas, tinham o ensino fundamental incompleto e eram provenientes do Estado de Goiás, Bahia e Maranhão.

Em relação ao fenômeno da violência contra a mulher, o Ministério da Saúde (38) reconhece há tempos que as desigualdades sociais, econômicas e políticas entre homens e mulheres e a subordinação feminina presentes na cultura brasileira são fatores que provocam a violência de gênero e seu impacto reflete não apenas na mulher, mas, também, nos filhos, na família e na comunidade. Nesse sentido, Pitta e Oliveira (39) apontam que a agressão contra a mulher a afeta física e emocionalmente, prejudicando sua autoestima, sua vida profissional e social.

¹Informações concedidas pela Delegacia de Defesa da Mulher de Rio Verde Goiás (DEAM) no mês de outubro de 2020

O estudo realizado por Piosiadlo et al. (36) assinala o impacto da violência na vida das mulheres: 25% dos dias de trabalho perdidos por mulheres têm como causa a violência, o que reduz seus ganhos financeiros entre 3% e 20%; filhos de mães que sofrem violência têm três vezes mais chances de adoecer e 63% apresentam dificuldade escolar e conseqüente abandono; a violência representa quase um ano perdido de vida saudável para uma em cada cinco mulheres entre 15 e 44 anos.

Borburema et al. (40) sinalizam que a violência se relaciona diretamente com a qualidade de vida e a saúde das mulheres e provoca alterações emocionais/psicológicas e comportamentais. Essa situação pode resultar em depressão, insônia, isolamento social, medo, estresse pós-traumático, irritabilidade, suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaleia, distúrbios gastrintestinais, dores crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e sofrimento psíquico em geral.

“A sobrecarga de papéis assumidos pela mulher, somados ao contexto de exploração e violência a que muitas estão submetidas denuncia uma face perversa da condição feminina, sobressaindo por um lado a baixa autoestima, as frustrações, os medos e anseios, e por outro a coragem e a perseverança na luta pela sobrevivência” (23).

A violência, a dificuldade de inserção da mulher no mercado de trabalho e na sua capacitação, as baixas remunerações e conseqüentemente a pobreza são resultantes das barreiras culturais, econômicas e sociais vivenciadas pelo público feminino. Nesse cenário, as mulheres chefes de família não reforçam a pobreza no Brasil, mas são resultado dela. Há que se perceber que a vulnerabilidade feminina é multideterminada e influenciada especialmente pela desigualdade de gênero. Uma cultura patriarcal, machista, misógina e racista que sustenta essa desigualdade e subordina as mulheres aos padrões e estereótipos determinados historicamente, desafiando-as a uma sobrecarga de trabalho e de obrigações familiares, financeiras e emocionais que podem culminar em prejuízos na saúde mental e na qualidade de vida desse grupo.

1.2. Saúde mental, estresse, trauma e sofrimento psíquico em mulheres

As situações de vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas são extremamente estressoras e de risco e sua ocorrência está associada à forma como a sociedade organiza-se e se reproduz economicamente. Condições como pobreza, desagregação familiar, vivência de algum tipo de violência ou maus-tratos, experiências de doença (do próprio indivíduo ou na família), institucionalização, abandono e perdas importantes são alguns exemplos de eventos que prejudicam a saúde mental das mulheres e que provocam sofrimento psíquico e estresse (41).

A vulnerabilidade em seus múltiplos aspectos pode manifestar-se em dois planos: estrutural e subjetivo. No plano estrutural pode ser identificada pelos padrões culturais, econômicos e sociais envolvidos, já no plano subjetivo, pelo desenvolvimento de sentimentos de incerteza, insegurança, de não-pertencimento a determinado grupo e na fragilidade dos atores (42).

Nesse sentido, a exposição constante a situações de risco e vulnerabilidade pode provocar estresse, angústia e sofrimento mental, caracterizando, do ponto de vista do sujeito, como vivências traumáticas. Bercei (1) defende que situações sociais como pobreza, guerra, terrorismo, violência e fenômenos naturais como terremotos, tsunamis, inundações podem provocar forte e contínua carga de estresse na população, provocando muitas vezes sofrimento e traumas coletivos. Já Vieira Neto (43) acrescenta que os estressores causados pelos seres humanos têm mais potencialidade de causar TEPT do que as catástrofes naturais, pois, como afirma Lipp (44), mesmo sendo o estresse uma resposta necessária à sobrevivência do organismo, ele poderá provocar adoecimento caso seja constante e persistente. Os eventos estressores mais danosos são aqueles que se repetem por longos períodos e sutilmente irão sobrecarregar a pessoa (46), o que se percebe nas situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres.

O conceito de estresse foi desenvolvido por Hans Selye em 1936 e definido como uma reação do organismo frente a situações que demandam dele adaptações, e foi denominado pelo pesquisador de “Síndrome de Adaptação Geral”. O estresse, segundo o autor, é necessário

e importante para nossa sobrevivência, contudo, caso o organismo não consiga restabelecer sua homeostase, o sofrimento surgirá, psicológica e fisicamente.

Os eventos estressores referem-se aqueles que alteram o ambiente e que provocam muita tensão, influenciando as respostas das pessoas (46). Já Boggio (47) define o estresse como o conjunto de processos fisiológicos e biológicos que se desenvolvem quando o excesso de demandas ambientais sobrepõe-se às habilidades de resposta de uma pessoa gerando fracasso e frustração. O estresse é, portanto, resultante de três fatores: o ambiente, a maneira como a pessoa percebe esse ambiente e os recursos que ela possui para lidar com essas situações (personalidade e experiências anteriores). Diante de estímulos considerados ameaçadores, o organismo reage com uma resposta biológica e fisiológica liberando neurotransmissores e hormônios como adrenalina, noradrenalina, oxitocina e cortisol, entre outros, que podem provocar alterações de memória, mudanças na arquitetura do cérebro e sintomas como: reviver a situação, evitação e hiperativação.

Koller e De Antoni (48) afirmam que as pessoas se relacionam de maneiras diversas aos eventos estressores e isso está vinculado a diferentes graus de ocorrência, intensidade, frequência, duração e severidade dos eventos aos quais a pessoa está submetida, considerando que esses critérios são tanto objetivos (número de vezes e estágio de desenvolvimento em que ocorreu) quanto subjetivos, já que envolvem a avaliação daqueles que passaram pelas experiências estressantes. Nesse sentido, a reação da mulher diante de situações potencialmente estressoras é uma das condições para que o estresse aconteça.

Oliveira e Lima (49) apontam que as condições sociais, econômicas, políticas e culturais favorecem o aparecimento do trauma, sendo esse um fenômeno mundial contemporâneo que se configura como problema de saúde coletiva. Silva (50) argumenta que a experiência traumática pode envolver ou não uma ameaça real à vida e à segurança, pois qualquer tipo de trauma pode instalar-se diante de uma situação inesperada e gerar sobrecarga ao organismo e estimular sentimentos de medo e sensação de impotência. Contudo, fatores de risco e vulnerabilidade tornam as pessoas mais propensas a serem traumatizadas devido a uma contínua ativação do sistema nervoso (50) e desequilíbrio na saúde mental.

A partir desse entendimento, Gama et al. (51) propõem uma compreensão da saúde mental numa perspectiva cultural e socioeconômica associando-a aos indicadores sociais e à intrínseca relação entre vulnerabilidade, condições de vida e adoecimento. Nessa direção, Bezerra Jr. (52) argumenta que o sofrimento psíquico e socialmente construído pela condição de miséria e exploração imposta à população, que se vê sem políticas de proteção, acaba adoecendo. Assim, a vulnerabilidade social, segundo Tonin e Barbosa (53), revela-se pela escassez de educação, rede de apoio, estresse e desemprego influencia o sofrimento psíquico. A vulnerabilidade social como a saúde mental são, portanto, fenômenos complexos e multifacetados.

No que se refere à saúde mental, esta é aqui compreendida como resultado de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Destacam-se os indicadores sociais como: segurança e estabilidade no trabalho, em que a vulnerabilidade nessa área está vinculada ao medo de perder o emprego, baixa autoestima e sentimentos de humilhação que podem desencadear sintomas de depressão, ansiedade e possível tentativa de suicídio; educação, em que se associa a maior escolaridade com menor índice de problemas mentais; pobreza, que se traduz na falta de recursos sociais, econômicos e educacionais e está atrelada a fatores de risco para doenças mentais; habitação, representando abrigo e segurança e que se traduz pelo nível de proteção, pois pessoas sem abrigo estão expostas a doenças físicas e emocionais (54).

A precariedade da realidade social, provocada pela desigualdade, vulnerabilidade e consequente exclusão social resultaria no denominado “sofrimento social” (55). Esse sofrimento surge como produto das relações contemporâneas em suas novas configurações de estilo de vida e de trabalho, e coloca o humano em fragilidade, visto que ele perde a proteção institucional e os vínculos sociais tornando-se vulnerável. Os espaços sociais, nesse contexto, provocam sentimentos de medo, insegurança, desamparo, culpa e sintomas vinculados à depressão, ansiedade e estresse. O sofrimento é uma resposta psicológica/ subjetiva à dor.

“O sofrimento social não é apenas “um sofrimento”, mas um sofrimento que se instala/esconde nas zonas de precariedade, nas zonas sociais de fragilidade e cuja ação implica na perda ou possibilidade de perda dos objetos sociais: saúde, trabalho, desejos, sonhos, vínculos sociais, ou seja, o todo da vida

composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite viver a cada dia, a vida psíquica, a vida interior composta pela subjetividade” (55).

Carvalho (56) relaciona o sofrimento social a diferentes contextos e populações excluídas socialmente, vítimas de miséria e violência como mulheres e crianças. O sofrimento social feminino apresenta-se, na perspectiva do autor, quando há privação material e econômica, isolamento, solidão, medo, dificuldades de inserção no mercado de trabalho e presença de atividades insalubres, precárias e com baixa remuneração, decorrentes de desigualdades sociais e de gênero.

A desigualdade de gênero corrobora com a desvalorização e desqualificação do trabalho feminino, seja no mercado considerado produtivo como no âmbito doméstico e essa realidade contribui para o sofrimento feminino. A saúde mental das mulheres está relacionada aos indicativos: aumento do número de mulheres chefes de família, condições injustas de trabalho em relação aos homens e insegurança quanto ao mercado de trabalho, necessidade de dupla/tripla carga horária de trabalho para manter a família e escassez de bens e consumos e suporte social (58).

Picollin (29) também aborda a saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero em sua pesquisa e afirma que as mulheres sofrem duplamente, em decorrência dos transtornos mentais e das condições sociais, culturais e econômicas em que vivem, especialmente as mulheres chefes de família. A vulnerabilidade social a que estão expostas as mulheres chefes de família associa-se a um acentuado grau de vulnerabilidade emocional, provocado muitas vezes pelo abandono, violência, exploração e fragilidade das condições de vida. Ainda, Ludermir (59) acrescenta aos já mencionados aspectos elementos como: classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, os quais acentuam a desigualdade de gênero na sociedade e contribuem para o sofrimento de milhares de mulheres no Brasil. Como descreve Picolin (29):

“A frequência de transtornos mentais também pode estar relacionada ao conjunto de profundas alterações enfrentadas pelas mulheres no século XX. A incerteza sobre a sua situação de trabalho, como consequência da informalidade, da percepção de injustiça e discriminação e das menores oportunidades em relação às dos homens de uma inserção formal, pode estar negativamente associada ao bem-estar psicológico feminino”.

A pesquisa de Martin et al. (60) também identificou a desigualdade de gênero no relato de mulheres em depressão que realizavam trabalhos precários e com baixa remuneração além de se ocuparem com as atividades domésticas, com a responsabilidade financeira dos seus lares e da educação dos filhos. Outrossim, nesse estudo os relatos das mulheres expressaram uma relação com o parceiro marcada pela submissão e violência.

Sandri (61) ao abordar o sofrimento psíquico em mulheres afirma que a condição social feminina se apresenta como um importante sinalizador na constituição da saúde mental e que a questão de gênero deve permear a compreensão e análise do sofrimento psíquico feminino no Brasil. O sofrimento psíquico transcende a condição individual e se configura numa condição social, histórica e econômica que atravessa a vida desse público, especialmente no que se refere aos novos arranjos conjugais e mudanças na configuração familiar que conferiram responsabilidades no sustento e educação dos filhos e nos relacionamentos conjugais e amorosos.

O sofrimento está implícito no cotidiano das mulheres e é sustentado por padrões e estereótipos que subordinam a mulher a uma extenuante rotina de tarefas e cuidados familiares que lhe impossibilitam tempo para cuidar de si mesmas ou de momentos de lazer e prazer, como também revela o estudo de Araújo et al. (62). Os conflitos em relação à distribuição de tempo na vida das mulheres que se dedicam às tarefas domésticas implicam em sofrimento mental: “[...] os sentidos conferidos ao sofrimento psíquico nos discursos, ainda que muitas vezes relacionados a causas do passado e a traumas individuais, denotam também que este é constituído e sustentado nas relações cotidianas”. Velhos paradigmas subjagam o adoecimento mental das mulheres a uma visão reducionista pautada na típica “fragilidade feminina”, engendrando a crença de que as mulheres adoecem mais porque são biologicamente inferiores aos homens, e assim padrões e regras são determinados e impostos ao universo feminino.

As referidas argumentações sustentam-se no Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo (63) em que foi demonstrado que as mulheres apresentavam maior risco para desenvolver transtornos mentais e manifestarem sofrimento psíquico como consequência dos inúmeros papéis assumidos nas últimas décadas e das pressões sociais impostas, além das vivências com discriminação sexual aliada à pobreza, fome, desnutrição, sobrecarga de

atividades e violência doméstica. Nesse sentido, a OMS incentiva uma política voltada para saúde mental das famílias por meio de serviços de qualidade, acessibilidade e cuidados comunitários, objetivando a redução do sofrimento das populações mais vulneráveis, como as mulheres (64).

Senicato et al. (65) alegam que a forte vulnerabilidade feminina aos transtornos mentais está relacionada, além das alterações fisiológicas (período pré-menstrual, menopausa, pós-parto) às desigualdades de gênero, evidenciadas pela sobrecarga de trabalho doméstico (dupla jornada), e altas taxas de violência, portanto os fatores biológicos e sociais determinam a diferença entre os percentuais de transtornos mentais entre homens e mulheres. Silva e Santana (66) argumentam que os transtornos mentais prevalecem em mulheres porque elas estão mais expostas a situações estressoras, relacionadas à pobreza, escolaridade, menos oportunidade de empregos, abusos físicos e psicológicos, casamentos forçados e tráfico sexual.

Lurdemir (59) confirma em seus estudos que o transtorno mental comum (TCM), caracterizado por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, indicativos de sofrimento mental, tem prevalência em mulheres e Martin et al. (60) apontam que mulheres e pessoas com baixa escolaridade e déficit econômico apresentam maiores riscos à depressão. Além do peso das obrigações domésticas cotidianas, o número de filhos pode aumentar a prevalência de transtorno mental comum (62). Os resultados da pesquisa de Araújo et al. (62) corrobora com outros estudos ao mostrar que o sofrimento psíquico por meio do TMC foi prevalente em mulheres (39,4%). Dentre as mulheres entrevistadas, 13,7% eram chefes de família. Mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada (48,1%) do que mulheres com baixa sobrecarga (22,5%). Destarte, para os referidos autores prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres associam-se às variáveis: a) ser separada/divorciada ou viúva, ter filhos, ser preta ou parda, ter baixa escolaridade, baixa renda, mais de 40 anos, dentre as características sociodemográficas; b) ter alta sobrecarga doméstica, ser a chefe da família, realizar tarefas domésticas todos os dias da semana e não receber ajuda nas tarefas ou recebê-la apenas de um homem da família, dentre as características do trabalho doméstico; c) não manter,

semanalmente, algum tipo de atividade de lazer. Essas investigações respaldam a relação existente entre saúde mental e condições socioeconômica, papéis sociais, status e etnia.

Santos (67) afirma que o casamento e a maternidade estão associados ao adoecimento psíquico em mulheres pertencentes à geração mais velha e à população com baixa escolaridade. Essas informações foram confirmadas nos estudos de Senicato et al. (65) que revelaram que mulheres mais velhas, donas de casa, separadas/viúvas com baixa escolaridade e com limitação nutricional apresentaram mais doenças crônicas e problemas de saúde e aquelas com vivências de violência foram as mais vulneráveis ao transtorno mental comum. A pesquisa de Silva e Santana (66) também revelou que o transtorno mental comum é mais evidente em mulheres, e situações como baixa escolaridade e gênero feminino associados à pobreza provocam o aumento desse transtorno. Isso pode confirmar a ideia de que a situação econômica compromete a saúde mental da população.

Andrade et al. (69) mostraram que transtorno de ansiedade e de humor são mais incidentes nas mulheres e que a depressão é a doença que mais incapacita mulheres para a vida. As autoras ainda relataram que os fatores de risco vinculados à depressão estariam presentes na história familiar e vulnerabilidades na infância, isolamento social e exposição a experiências estressoras. Calais, Andrade e Lipp (70) apontaram em seus estudos que a mulher apresenta maior nível de estresse psicológico e maior sensibilidade emotiva do que os homens, devido, segundo os autores, aos papéis assumidos pela figura feminina na contemporaneidade.

De acordo com Alves e Rodrigues (54), as mulheres apresentam duas vezes mais chances que os homens de desenvolverem problemas de saúde mental como depressão e ansiedade.

O estudo de Martin et al. (60) concluiu que a desigualdade social no Brasil está diretamente vinculada a problemas de saúde da população feminina reveladas pelas experiências de fome, dor, trauma, distúrbios, violência doméstica, estresse pós-traumático, humilhação e vergonha, comprovando que a baixa escolaridade e gênero, associadas à pobreza contribuem com os transtornos mentais comuns.

Considerando as questões étnicas e raciais, Piccolin (29) revela em seu estudo que a mulher pobre, chefe de família e preta está mais susceptível ao sofrimento mental e

demonstra maior vulnerabilidade aos transtornos mentais. Este fenômeno, segundo a autora, decorre de dois aspectos: externo e interno, em que o primeiro se refere à baixa escolaridade e poder econômico, menos oportunidade e desvalorização no mercado de trabalho; e o segundo evidencia-se pela solidão da mulher preta, maior taxa de fecundidade, baixa autoestima, cobranças sociais decorrentes da discriminação de cor e dos estereótipos machistas e misóginos vinculados à mulher preta desde a escravidão.

Nessa direção, Silva e Santana (66) anunciam que os transtornos mentais são mais observados em mulheres, idosos, pretos e em pessoas separadas/viúvas e se associam a eventos produtores de estresse com baixo suporte social e precárias condições de vida e moradia, assim como trabalho informal, baixa renda e desemprego. Situação essa que significaria, numa perspectiva epidemiológica, um elevado nível de pobreza. Apoiado nesse pensamento, o estudo de Souza et al. (70) demonstrou que características como baixa escolaridade, desemprego e ser preta, somados aos fatores culturais e econômicos aumentam a probabilidade de sofrimento psíquico nas mulheres.

Os estudos de Smolen e Araújo (71) mostraram uma relação entre transtornos mentais, raça e cor da pele, destacando que, na literatura, a depressão e os transtornos mentais comuns tiveram uma maior prevalência em pessoas não brancas (a prevalência de TMC em mulheres pretas foi de 51,6% e nas mulheres brancas 37,07%). A depressão também foi maior nas mulheres pretas (52,8%) e nas mulheres brancas (42,3%). Os autores argumentam que o estresse contribuiu com o processo de adoecimento, considerando que a discriminação produz estresse psicológico nessa população. Segundo Williams et al. citados por Smolen e Araújo (71), a raça pode influenciar a vulnerabilidade ao estresse devido às experiências de discriminação sofridas.

As pesquisas mostram também que os papéis sociais femininos incidem nos tipos de adoecimento psíquico. As mulheres com trabalho remunerado, assim como aquelas que são donas de casa, produzem de maneira distinta adoecimento psíquico. A pesquisa de Araújo et al. (62) mostrou que as mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada (48,1%) do que mulheres com baixa sobrecarga (22,5%), ou seja, mulheres que se ocupam de tarefas domésticas como cozinhar, lavar, passar e limpar têm mais chance de

sofrerem com problemas emocionais; o que pode ser explicado pela rotina, monotonia, desvalorização e dependência financeira. Em pesquisa posterior, Senicato et al. (65) revelaram que 67% das donas de casa tinham mais TCM que as mulheres que trabalhavam fora de casa.

Santos e Diniz (72) verificaram que o espaço doméstico potencializa os problemas de ordem emocional, a jornada repetitiva, constante e inacabada, bem como o contato com produtos tóxicos e constantes e objetos perfurantes. A falta de lazer e descanso acentuam as condições de solidão, isolamento, falta de diálogo e de autonomia das mulheres, o que os autores denominaram como invisibilidade feminina. As referidas autoras também apontaram que a depressão e a tentativa de suicídio são comuns em mulheres que trabalham como domésticas e donas de casa. O sofrimento e a sobrecarga das mulheres que trabalham fora de casa em outros setores do mercado de trabalho vêm sendo apontado pelas pesquisas há pelo menos duas décadas (61). Elas sofrem pela sobrecarga de atividade, acrescida pelas condições desiguais e “naturalizantes” de funções femininas no mercado que acarretam desqualificação e desvalorização das suas atribuições, além de cobranças, assédio, menores salários e insegurança constante em relação à perda do emprego. Cenário esse que gerará desesperança e sofrimento. Ansiedade, medo e preocupações atravessam o cotidiano de mulheres chefes de família, sendo muitas vezes o único membro responsável pelo sustento e cuidados com filhos e familiares próximos.

Outra perspectiva do sofrimento psíquico em mulheres vincula-se à violência vivida no cotidiano. Santos (67) verificou uma correlação entre adoecimento psíquico feminino, violência contra mulheres e repressão social, expressas nas relações matrimoniais ou nas vivências da sexualidade. A sociedade patriarcal e machista impõe normas e regras às mulheres, reveladas através do poder do homem sobre o corpo feminino, no abuso, na violação e na imposição moral que impedem uma vivência saudável da sua sexualidade. Esse estado de coisas cria condições para a invisibilidade do sofrimento feminino. Zanello et al. (73) abordam essa temática ao afirmarem que a coerção sexual é naturalizada em nossa cultura. A mulher desempenha muitas vezes, na relação com o parceiro (marido, namorado), o papel de servir sexualmente como sinônimo de obrigação, dever e troca e experimenta com isso diversos sentimentos relacionados à autoviolação.

Verificam-se em nossa sociedade diversos tipos de violência contra a mulher, revelando um problema de saúde pública como admite a OMS (74) ao declarar que a violência é a principal causa associada à depressão em mulheres e prejudica a saúde mental das vítimas. Andrade (68) e Santos (67) revelam que a violência de gênero é um fator que agrava a saúde física e mental da mulher, afetando-a também na esfera produtiva. Isso contribui negativamente com a qualidade de vida desse público e acarreta tentativa de suicídio. A violência conjugal pode assumir diversas formas, incluindo violência física (em vários graus de severidade, desde empurrões e tapas até ameaças com armas e homicídio) e sexual (sexo forçado, ou participação forçada em atividades sexuais degradantes ou humilhantes), e é comumente acompanhada por outros comportamentos abusivos, como restrições financeiras, proibição do engajamento social, familiar e ocupacional da mulher e frequentes atos de intimidação e humilhação.

Senicato et al. (65) confirmam essas informações quando em sua pesquisa os transtornos comuns estavam presentes em mulheres vítimas de violência doméstica e estas manifestavam sintomas depressivos, ansiosos e alteração do sono. A investigação realizada por Ribeiro et al. (83) denunciou que: as mulheres estão expostas a vários tipos de violência (psicológica, física, sexual, econômica, comunitária e urbana); que a violência é marcante na relação com parceiros íntimos; que as mulheres estão suscetíveis a transtorno mental comum e depressão; e que o alto nível de estresse pós-traumático está relacionado à violência doméstica e sexual.

Esse tipo de evento pode ocasionar tanto depressão como transtorno de estresse pós-traumático, especialmente em mulheres que vivenciaram violência, tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos (68). De acordo com os estudos levantados por Vasconcelo Neto et al. (75), as mulheres apresentam um risco duas vezes maior do que os homens de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (12,3% a 20% das mulheres em geral), mesmo considerando situações estressoras semelhantes. Lembrando que o grupo de maior risco é aquele da mulher de baixa renda que vivenciou outros eventos traumáticos. Para Santos (76), fatores como tipo de trauma, a duração do trauma, cronicidade do transtorno, desenvolvimento socioeconômico do país, busca por ajuda profissional, apoio social, assim como a capacidade de resiliência, momento de vida e história de desenvolvimento psicológico colaboram com a

inscrição do trauma, podendo levar a mulher a uma situação de TEPT ou não apresentar nenhuma reação ao estresse.

Peres (77) descreve o trauma como uma situação experimentada pela pessoa na qual houve ameaça à vida ou à integridade física e/ou psicológica de si ou de pessoas próximas. Etimologicamente, a palavra é de origem grega e seu significado corresponde à lesão causada por um agente externo. De acordo com o autor, o conceito foi absorvido para o campo psicológico por Freud e Breuer nos escritos sobre neurose e, nessa visão, o trauma corresponde a uma ferida onde as defesas psicológicas foram transgredidas. As situações traumáticas estiveram presentes ao longo da história e atualmente são prevalentes em 50 a 90% da população. Isso implicaria que a maioria das pessoas poderia vivenciar, em algum momento, experiências consideradas traumáticas, e com isso alterações psicológicas, biológicas e sociais, bem como sentimentos dolorosos de tristeza e medo.

Boggio (47) acrescenta que o trauma psicológico faz parte do cotidiano e atravessa a vida das pessoas de uma forma ou outra, de maneira pontual ou repetidamente ao longo dos anos. Os traumas podem ser individuais ou coletivos, acidentais ou provocados por outros seres humanos. É possível distinguir dois tipos de trauma: os de desenvolvimento e os de choque emocional. Os traumas de desenvolvimento são caracterizados por moderado nível de ativação do sistema nervoso e são responsáveis pela formação da personalidade. Já os traumas de choque podem levar ao estado de estresse pós-traumático e se caracterizam por uma hiperativação do sistema nervoso, afetando de forma agressiva as funções orgânica, emocional e cognitiva da pessoa, provocando o desenvolvimento de doenças psicossomáticas e biopatias, as quais envolvem um processo de deterioração do sistema imunológico e um aumento da doença física.

O trauma, segundo Bercei (78, 3), relaciona-se a qualquer experiência que provoca no organismo uma sobrecarga gerando desordem física, psicológica e emocional, sendo uma resposta básica de sobrevivência e se relaciona a fatores como idade da pessoa, grau de ameaça, possibilidade de luta/fuga e dano físico sofrido. Ele acrescenta que, além do trauma resultado da vivência direta da pessoa com o evento estressor, existem dois outros tipos de trauma denominados trauma vicariante e trauma de compaixão. O primeiro refere-se ao sofrimento de pessoas que estão expostas às histórias traumáticas de outros, como por exemplo, líderes

religiosos e profissionais da saúde, e o segundo refere-se a qualquer experiência intensa na qual as emoções das pessoas são reprimidas e não podem ser expressas.

Para o criador da TRE, o trauma é, portanto, resultado de uma resposta ineficaz do organismo diante de uma situação altamente estressora, sendo produzida socialmente e percebida como uma epidemia no contexto global. Para Bercei (79), a violência comunitária (violência doméstica, ameaças físicas e violência direta), o abuso sexual ou físico, estupros, tiroteios, etc. podem ser traumáticos para muitas pessoas, pois muitas, além de testemunharem tais episódios, também podem ser vítimas desses eventos. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático constitui-se para esse pesquisador como um problema social que afeta gravemente as relações humanas, além de frisar que comumente sintomas de estresse e ansiedade provocam conflitos e violência nos relacionamentos.

Silva (49) aponta a existência de diversos tipos de experiências traumáticas, entre elas: 1) trauma existencial vinculado aos traumas de desenvolvimento que incluem a combinação das dimensões psicológica e sociológica; 2) trauma de ameaça em que a luta diante de uma ameaça foi inibida fisicamente ou houve conflitos com a presença de uma intensa emoção de raiva; 3) trauma por perda relacionada a situações que envolvem perda de algo ou alguém; 4) trauma de ligação que corresponde à vivência contínua de abuso no qual a recompensa e a punição criaram laços emocionais para manutenção da violência; 5) trauma de guerra que pode envolver crianças e adultos; 6) trauma emocional ou psicológico resultado de experiências altamente estressoras e persistentes e que provoca sensações de insegurança e vulnerabilidade; 7) trauma de apego, condições graves em que crianças não estabelecem laços saudáveis com os pais; e 8) trauma da doença, quando ela é percebida como ameaçadora à preservação da vida.

Vasconcelo Neto (80) aponta que a rejeição, a negligência, a violência e os traumas vivenciados durante a infância associados a situações estressoras quando adulta podem agravar o adoecimento das mulheres provocando os transtornos mentais como o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-traumático). O autor acrescenta que o principal desencadeador do suicídio em mulheres é o TEPT.

Van Der Kolk (7), neurocientista contemporâneo, tem elaborado novas interpretações a respeito do trauma, demonstrando que pessoas com quadros traumáticos e TEPT podem apresentar: 1) alterações das emoções, incluindo dificuldade para regular a raiva e a autodestrutividade; 2) alterações na atenção e consciência que levam à amnésia, episódios dissociativos e despersonalização - desse ponto de vista, entende-se por dissociação a incapacidade da pessoa em sentir as sensações corporais para suportar a hiperexcitação e a negação dos sentimentos e memória do evento traumático; 3) alterações na autopercepção, como forte sentimento de culpa, responsabilidade e vergonha; 4) alterações no relacionamento com os outros e dificuldade em estabelecer relações de proximidade emocional; 5) somatizações para as quais nenhuma explicação médica é encontrada; e 6) alterações dos sistemas de crenças.

Os sintomas traumáticos podem aparecer horas após o evento ou ao longo do tempo e se apresentam como hiperexcitação, contração, dissociação, negação e sensação de desamparo, sentimento de impotência, diminuição na capacidade de lidar com estresse, dificuldade para dormir, ataques de pânico, fobia e ansiedade, hiperatividade, respostas emocionais exageradas, mudança repentina de temperamento, perda de interesse pela vida, depressão, choro frequente, sensação de desgraça eminente, fadiga crônica ou baixo nível de energia, problemas no sistema imunológico e transtornos endócrinos como disfunção na tireoide, doenças psicossomáticas como dores de cabeça, problemas no pescoço e costas, asma, problemas no sistema digestivo, atividade sexual exagerada ou diminuída, amnésia ou falta de memória, medo de enlouquecer, dificuldade de estabelecer vínculo com outras pessoas, etc. (Boggio, 47). Esse autor ressalta que as pessoas apresentarão sintomas traumáticos de maneiras diferentes. Os sintomas estarão de acordo com a natureza e a gravidade do trauma, da situação que o originou e especialmente dos recursos que a pessoa tinha para lidar com a situação.

Neste aspecto, Andrade et al. (67) alegam que a violência contra mulher acarreta danos físicos, psicológicos e sociais e suas consequências podem ser imediatas ou latentes, os quais podem manifestar-se tardiamente ou se estender por muitos anos após o evento, dependendo do tipo, da gravidade e do tempo de exposição. As autoras firmam:

“Quanto mais grave a forma de violência sofrida e mais longa a sua duração, maior impacto terá na saúde física e mental, e a exposição a múltiplos tipos de violência parece ter um efeito deletério cumulativo”.

As autoras ainda argumentam que a exposição da mulher à violência durante a infância, seja como vítima de agressão física, sexual ou emocional, de negligência ou privação, seja, ainda, presenciando atos violentos no domicílio, tem um impacto adverso na saúde e no bem-estar da criança, podendo impedir o seu adequado desenvolvimento físico e mental.

Situações repetitivas de violência doméstica são consideradas traumáticas a longo prazo, pois caracterizam-se pela exposição contínua e prolongada a evento emocional de alto impacto. Assim, mulheres vítimas de violência doméstica são expostas constantemente a situações de ameaça e perigo no contexto familiar, manifestando depressão, pensamentos suicidas, ansiedade crônica, sensação de medo, de desamparo, baixa autoestima, sentimento de culpa e insegurança, distúrbio do sono e alimentação, dificuldade na tomada de decisões (81). O estudo de Cassado et al. (82) sugere relação entre TEPT, depressão e violência doméstica.

Ribeiro et al. (83) confirmaram que as mulheres são vítimas de eventos traumáticos com caráter de violência cometidos por pessoas próximas e quando expostas a esses eventos são mais propensas a desenvolverem problemas de saúde mental e estresse pós traumático. Souza et al. (84) relatam que a violência sexual pode provocar problemas médicos, psicológicos e sociais e que as vítimas podem sofrer de transtorno de estresse pós traumático, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e do humor, além de consumo de álcool e drogas, redução da qualidade de vida, insatisfação com a vida, com o corpo e relacionamento interpessoais, o que pode sinalizar sintomas dissociativos, de congelamento e hipervigilância indicando estresse e trauma. Os referidos autores acrescentam que é comum em mulheres vítimas de violência sexual a presença da dissociação como estratégia de enfrentamento e que a estigmatização pode provocar diminuição da autoestima e problemas emocionais.

Percebe-se neste capítulo uma indissociabilidade entre vulnerabilidade, condição feminina, sofrimento psíquico e trauma. É perceptível que os aspectos sociais e culturais implicados na desigualdade de gênero estão diretamente relacionados à saúde mental das mulheres brasileiras, agravando o processo de adoecimento desse público e conseqüentemente

provocando quadros de trauma e estresse pós-traumático. Nesse sentido, o corpo feminino, percebido como uma unidade psíquico-somato, revela-se por meio do estresse e trauma e pode ser acolhido dentro das práticas psico(terapêuticas) corporais quando objetivam liberar as tensões represadas no organismo e aliviar o sofrimento das mulheres em contexto de vulnerabilidade. Destarte, no próximo capítulo abordar-se-á as psicoterapias corporais e a TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) e suas relações com a traumatologia e a vulnerabilidade feminina.

CAPÍTULO 2 - AS PRÁTICAS CORPORAIS NO TRATAMENTO DO TRAUMA: PSICOTERAPIA REICHIANA E ANÁLISE BIOENERGÉTICA

2.1. Os primórdios da Psicoterapia Corporal

Considerando a escolha, neste estudo, de relacionar os primórdios da Terapia Corporal de David Bercei às Psicoterapias Corporais, inexoravelmente lançaremos nosso olhar à Bioenergética de Alexander Lowen (1910-2008) e conseqüentemente à Psicoterapia Corporal de Wilhelm Reich (1897-1957).

A Psicoterapia Corporal surgiu a partir dos estudos do médico austríaco Reich, contudo não se pode esquecer que este teórico foi estudante de Freud e se nutriu diretamente dos pressupostos da Psicanálise e das pesquisas de seu precursor. Reich nasceu no império austro-húngaro, mas foi educado na cultura alemã. Foi médico, cientista natural e psicanalista. Iniciou seus estudos na psicanálise como discípulo e depois continuou como colaborador de Freud, mas, apesar disso, durante a sua trajetória profissional se distancia do seu mestre para seguir seu próprio caminho e desenvolver suas ideias e construções teóricas originais.

Na psicanálise, Reich encontra os axiomas teóricos para o desenvolvimento da Psicoterapia Corporal e, mesmo privilegiando o psíquico em detrimento do aspecto corporal, verificamos nas obras de Freud vestígios de um corpo concreto. Nesse sentido, podemos afirmar que o corpo psicanalítico nasceu do corpo orgânico da medicina, contudo, ele foi submetido aos determinantes do psiquismo na dualidade mente-corpo e, nessa perspectiva, uma nova análise apresentou-se no estudo do ser humano quando Freud defendeu que corpo e mente são regidos pelo inconsciente.

Nessa acepção, Rodrigues (85) argumenta que, mesmo que o corpo tenha um papel importante nos estudos iniciais de Freud (teoria da sexualidade), é o psiquismo que será exaltado e compreendido por meio do aparelho psíquico consciente, pré-consciente e inconsciente e das instâncias id, ego e superego. Assim, o psíquico destaca-se como aspecto incontestável na constituição do corpo. Percebemos, portanto, nas ideias de Freud que o corpo

é gradativamente retirado do status do orgânico, biológico, ao ser visto como um corpo das representações e do psíquico atravessado pela linguagem e pelo inconsciente.

Com Wilhelm Reich (1897- 1957), o corpo foi objeto de diferentes análises e olhares e assumiu novas configurações ao ser objeto de inovadoras construções teóricas e metodológicas. Reich foi discípulo de Freud (1956-1939) e pioneiro no estudo psicoterapêutico do corpo, rompendo com os padrões vigentes e estabelecidos entre paciente e terapeuta. Para Reich, o objetivo do tratamento era desenvolver no paciente a capacidade de se entregar aos movimentos livres, espontâneos e involuntários do corpo, privilegiando o processo respiratório. A base da Psicoterapia Corporal é a ideia de uma identidade que envolve corpo, pensamentos, emoções, sensações e ações e entende o corpo como uma unidade psicossomática em que tudo está interligado (86, 87).

Cukiert (88) diz que Reich registrou um estilo teórico e metodológico próprio, subvertendo o modelo clínico da psicanálise ao fundar uma proposta terapêutica voltada para as questões corporais, e que mesmo originária dos pressupostos freudianos, sua construção teórica distinguiu-se em vários aspectos deste modelo. Rodrigues (85) acrescenta que os trabalhos de Reich se originam nos axiomas psicanalíticos, como castração, libido, transferência, resistência, energia e pulsão. Contudo, Reich ampliá-los-á ao resgatar o corpo enquanto energia e inconsciente e ao romper com a dicotomia soma-psique, o que reforçará a ideia de unidade e integralidade. Reich defende que o homem pode ser trabalhado tanto pela palavra como pelo físico (corpo).

Reich recupera a corporeidade e resgata a sexualidade como sustentáculo para a compreensão do funcionamento, da formação, do tratamento e da prevenção das neuroses. Na Teoria do Orgasmo defende a premissa de que a neurose é tanto da ordem psíquica quanto do campo somático (85). Com os conceitos de energia, caráter, couraça, orgone e vegetoterapia revolucionará as concepções de corpo e corporeidade.

Calegari (89) classifica as obras de Reich em quatro importantes etapas: 1) Fase Psicanalítica, em que os trabalhos de Reich ainda são incorporados pelas teorias freudianas, especialmente pelo conceito de libido como energia; b) Fase da Análise do Caráter, na qual Reich rompe com a psicanálise freudiana, entende a libido como uma energia empírica retida

no corpo e com essa premissa formula os tipos caracterológicos e analisa a neurose em seu aspecto econômico-energético; c) Fase da Vegetoterapia Carácter-analítica, na qual Reich desenvolve a análise do carácter e a ideia de que por meio do trabalho corporal é possível alcançar o desbloqueio energético das couraças e o processo de expansão do organismo. Para isso, é necessário liberar a *estase* energética e promover a descarga orgástica e consequentemente o processo de expansão e contração do organismo para desenvolver a saúde do indivíduo; e d) Fase da Orgonoterapia, na qual o pesquisador Reich volta seus estudos para o campo da Biologia e da Bioeletricidade, descobre os *bions* (menores estruturas das células em pulsação), e afirma que toda energia presente nas estruturas vivas também está presente nas matérias não vivas e na atmosfera, denominada de energia cósmica.

Considerando a primeira fase teórica de Reich, Cukiert (88) relata que o constructo de energia vital foi resultado dos pressupostos de Freud sobre energia mental e libido, e as ideias sobre o carácter também se originaram do conceito freudiano de defesa. Contudo, para Reich, a libido é uma energia psíquica e biológica, uma unidade inseparável, e os problemas do carácter genital e neurótico referem-se a sua função defensiva, sendo, portanto, um mecanismo de defesa. Silva (90) ressalta que Reich considerou que as questões vinculadas à sexualidade na perspectiva energético-sexual eram determinadas pela cultura e pela sociedade, e que esse pensamento reichiano marcou o início do rompimento entre Reich e Freud, confirmado posteriormente pela recusa de Freud em conduzir um processo terapêutico com Reich e pela divergência deles acerca do instinto de morte.

Sinalizando a segunda fase de produção e servindo de base para suas teorias e reflexões, Reich cria a teoria do orgasmo, na qual o orgasmo é visto por ele como pulsão de vida em contraposição à pulsão de morte, e considerado como pulsação energética característica de todos os seres vivos saudáveis. Para Reich (86), o orgasmo e a sua função transformadora surgem como uma revolução na Psicanálise. Essa função biológica natural da vida tem um papel regulador, pois, ao descarregar o excesso de energia acumulada no organismo, provocará equilíbrio e bem-estar. Caso essa energia não seja liberada, será causa dos sintomas neuróticos:

“Potência orgástica é a capacidade de entregar-se ao fluxo da energia biológica, sem qualquer inibição; é a capacidade de descarregar totalmente a

excitação sexual represada através de convulsões involuntárias e prazerosas do corpo” (86).

A fórmula do orgasmo representada pelo mecanismo tensão-carga-descarga-relaxamento apresenta-se como um constructo importantíssimo no pensamento reichiano, pois Reich atribuiu à função sexual a origem das neuroses (88). Para ele, as neuroses estão diretamente ligadas às perturbações da genitalidade, e, nesse sentido, o orgasmo expressa seu valor curativo e autorregulador. Deste modo, Reich (86) afirma que para todo adoecimento psíquico existe uma correlata excitação reprimida, causada pela perturbação da capacidade de experimentar a satisfação orgástica.

Silva (90) argumenta que a função do orgasmo simbolizaria para Reich uma mudança individual e social, pois para ele a satisfação sexual provocaria um equilíbrio orgânico importante no estado de saúde e amenização da agressividade e da brutalidade presentes na nossa cultura. Comportamentos esses que, segundo a autora, expressam antagonicamente as repressões das pulsões genitais impostas pela sociedade ao homem “civilizado”. Silva (90) ainda acrescenta que a potência orgástica pode ser compreendida como a plena capacidade do organismo de se entregar a qualquer atividade que proporcione prazer, bem-estar e realização - aspecto teórico que será tratado pelos neorreichianos.

Nesse período de produção e ainda influenciado pelas teorias freudianas, Reich, insatisfeito com os resultados dos tratamentos dos seus pacientes e ao analisar o processo de resistência deles, desenvolve o conceito de caráter e uma técnica denominada Análise do Caráter. Ela se torna um método de intervenção clínica que resgata o corpo da psicanálise como o corpo da expressão, da comunicação, do inconsciente e das neuroses (85).

Para Reich (87), o caráter seria o resultado de um processo de construção histórica relacionado, em termos corporais, à rigidez e à mobilidade individual, e em termos culturais, às exigências e repressões sociais que agiriam na formação das estruturas de caráter do homem e determinariam a constituição das neuroses. Nesse aspecto, o caráter pode ser compreendido como uma espécie de barreira protetora ou como um sistema de defesa criado pelo organismo proveniente das experiências infantis e emoções subjetivas, mecanismo este denominado por Reich de encouraçamento. O encouraçamento é caracterizado pelo enrijecimento do organismo,

notadamente nos tecidos musculares e tem por função o bloqueio das dores e angústia, mas, paradoxalmente, também da capacidade de sentir prazer e de viver com espontaneidade a criatividade (87).

A couraça para Reich é algo flexível, pois quando o organismo vivencia sensações de prazer, ela se expande e ao experimentar sensações de desprazer, ela se contrai (90). A autora ainda enfatiza que as imposições de uma sociedade rígida, autoritária e repressiva produzem conflitos, angústias e pulsões internas no homem e provocam tensões e enrijecimento, pois geram indivíduos encoraçados, sem espontaneidade e autenticidade, os quais perdem a natural capacidade de expansão e contração.

Reich, na sequência das suas investigações, descobriu que a couraça muscular era formatada em anéis ou centuriões que circulavam o corpo, os denominados bloqueios energéticos. Esses anéis correspondem às fases de desenvolvimento da estrutura corporal e são identificados em sete segmentos: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico. Volpi (91) enfatiza que, obrigatoriamente, esses segmentos de couraças devem ser manipulados seguindo o fluxo do corpo humano, ou seja, primeiramente, o ocular e por último o pélvico, objetivando a eliminação da neurose de caráter. Nessa direção, o trabalho clínico reichiano objetiva dissolver os bloqueios energéticos, promover a restauração da saúde e bem-estar do indivíduo e, ao liberar afetos e conteúdos emocionais por meio do trabalho terapêutico, resgatar a capacidade de pulsação do organismo.

Para Boggio (47), a couraça é uma armadura biológico-energética presente em todas as pessoas, construída para equilibrar um sistema energético desequilibrado e inibidor da pulsação e vibração plena do corpo, sendo necessária para sobrevivência e defesa do organismo. O autor acrescenta que a couraça pode ser móvel (flexível e leve), crônica e biopática. Esta última forma-se a partir de situações que envolvem violência, ódio e destrutividade e mobilizam zonas específicas do corpo. As couraças biopáticas estão bloqueadas e tensionadas cronicamente, e contém acúmulos libidinais (*estasis* energética), podendo provocar as patologias ou transtornos de pulsação. De acordo com o autor, cada segmento relaciona-se com um tempo histórico e uma situação:

Segmento ocular: vinculado à percepção e contato, é a primeira área de contração de um bebê e onde estão armazenados os traumas vinculados à vida intrauterina, ao parto e aos primeiros dias de vida do recém-nascido. É a primeira área acionada diante de uma situação de estresse.

Segmento oral: relaciona-se aos impulsos orais e sua disfunção produz núcleos depressivos e transtornos de humor. Nele se registram as impressões de frustração e de gratificação.

Segmento cervical: corresponde à etapa anal e está relacionado à entrega e ao controle. Está vinculada aos problemas de ordem narcisista.

Segmento torácico: localiza-se no coração, pulmão e no timo, glândula encarregada do sistema defensivo do corpo. Relaciona-se à identidade biológica, autoafirmação e ambivalência e sua disfunção produz rigidez e transtornos cardíacos. Nele se encontram as emoções de amor/ódio, alegria/tristeza.

Segmento diafragmático: relaciona-se com o processo respiratório e regulação do metabolismo energético e sua disfunção produz masoquismo, transtorno de ansiedade e diminuição de prazer (debilita o funcionamento do parassimpático).

Segmento abdominal: corresponde às vísceras e à capacidade do organismo de digerir o estresse e as tensões. Sua disfunção produz transtornos psicossomáticos e viscerais.

Segmento pélvico: relaciona-se à genitalidade e ao enraizamento. Sua disfunção provoca transtornos da sexualidade, histeria e conseqüentemente uma dificuldade de descarga orgástica e de prazer.

O encorajamento pode acontecer, de acordo com Calegari (89), em quatro níveis e apresenta propriedades específicas na pulsação energética: a primeira corresponde à “courage vegetativa do cerne” e caracteriza-se pela limitação da pulsação energética e diminuição da vitalidade do organismo; a segunda corresponde à “courage muscular” e sua principal característica é a limitação da experiência corporal muscular (tensão ou flacidez) e conseqüente rigidez dos movimentos; a terceira corresponde à “courage caracteriológica”, mostra-se na constituição do psiquismo (ideias, conceitos, imagens, interpretações) e restringe o pensamento

e a capacidade da pessoa de se perceber e perceber o mundo; a última corresponde à “couraça vegetativa visual”, presente no nível cerebral e sua limitação relaciona-se à desorganização da autopercepção e resulta em desconexões e cisões entre as vivências corporais e psíquicas.

E nesse sentido, considera-se que a couraça não é apenas caracterológica ou muscular. Ela é encontrada também nos tecidos e nas vísceras e pode provocar disfunções nas secreções e musculatura lisa dos órgãos, resultantes de alterações no funcionamento do sistema nervoso autônomo (92 citado por 93).

Rodrigues (85) assinala que após trabalhar com o conceito de couraça, Reich apresenta novas produções teóricas com o objetivo de aprofundar a correlação entre o psicológico e o somático. Nesse caminho, desenvolve uma nova formulação clínica fundamentada na teoria do orgasmo, no pensamento funcional e na unidade funcional *somapsyché*, denominada Vegetoterapia. Ela norteia a terceira etapa da produção reichiana.

Para o referido autor, na Vegetoterapia, Reich atua diretamente na couraça com a finalidade de retomar a fluidez das correntes vegetativas no organismo vivo, e nesse aspecto, o corpo é o instrumento e o próprio sustentáculo de sua prática. A vegetoterapia torna-se a principal ferramenta para o analista reichiano, que deixa de ser um analista psicológico, ou somente do caráter, para ter sua ação ampliada para o campo da biofísica, sendo mais correto denominá-lo “bioteraapeuta”. Rodrigues (85) acrescenta que, com a vegetoterapia, a atividade orgásmica passa a ser fundamental no tratamento psíquico e somato do paciente.

De acordo com Pires e Eliseu (94), a Vegetoterapia surgiu como ferramenta durante a prática analítica de Reich, que, ao trabalhar com seus pacientes percebeu que o caráter expressava-se e era mantido por alterações específicas no funcionamento corporal, variando segundo o indivíduo - o enrijecimento crônico das regiões do corpo envolvidas na expressão das emoções. Nesse sentido, o trabalho terapêutico com a Vegetoterapia promoveria a autorregulação do organismo, eliminando a angústia (87, 93).

Para Reich (86), o caráter é a história materializada no corpo e, nesse sentido, o inconsciente encontra-se nos músculos, o que justificaria o trabalho da Vegetoterapia. No emprego desse recurso, além de realizar toques e movimentos para liberação da energia estagnada, Reich introduziu a respiração como técnica de intervenção e conseqüentemente

inaugurou um método terapêutico posteriormente denominado de Psicoterapia Corporal. Esse método colocou o corpo com todos os seus conteúdos energéticos (cauraças) e sexuais (potência orgásmica) como protagonista na busca integral da saúde do ser humano. Nesse aspecto, Volpi (91) relata que Reich passou a manipular o corpo com toques e movimentos expressivos, objetivando mobilizar os fluídos energéticos e restabelecer a mobilidade das couraças psíquica e muscular e, dessa forma, introduziu a Análise do Caráter no trabalho voltado ao sistema neurovegetativo, ampliando a técnica da Análise do Caráter para Vegetoterapia caractero-analítica.

Evidencia-se uma mudança do papel do analista, visto que o corpo concreto anatômico e energético se configura como objeto de análise e intervenção, diferentemente do que se entende por prática no caso do analista freudiano (88). Na abordagem psicanalítica, a terapêutica está focada no discurso do paciente e na perspectiva reichiana o corpo é tomado como protagonista e compreendido como representante de uma história. É por meio do corpo que se torna possível a emergência dos sentimentos e emoções, a liberação das dores, tensões, a redução do sofrimento e resgate da saúde, da espontaneidade, da fluidez e da liberdade. Com essas novas teorias, Reich provoca uma reformulação na técnica psicanalítica. Ela transitará da tradicional análise e interpretação do material relatado pelo paciente para observação e interpretação do caráter (88).

Oliveira Júnior e Hur (95) afirmam que Reich assume uma visão menos dicotomizada na relação mente-corpo, pois apresenta uma unidade funcional soma-psyche, na qual corpo e o psiquismo mantêm-se em constante integração. Para esses autores, o conceito de caráter e a relação com as couraças musculares confirma essa integração, já que o caráter se forma tanto no nível psíquico quanto no nível corporal.

Rodrigues (85), ao analisar os trabalhos de Reich, aponta que seus pensamentos foram marcados por três princípios básicos: primeiramente, que o reflexo do orgasmo (traduzido pela fórmula do orgasmo) poderia ser estendido a todo ser vivo; segundo, que seria difícil um adulto alcançar a genitalidade, ou seja, possuir um caráter genital sem uma revolução sexual e, por último, que a carga energética denominada energia de orgone estende-se para além do ser vivo. A teoria da Orgonoterapia marca a quarta fase de produção reichiana e, nesse

momento, o autor expande seu conceito de energia para além do terapêutico e volta seus estudos para outros campos científicos.

O interesse de Reich pela energia já se mostrava presente em seus estudos sobre a libido na teoria freudiana quando correlacionava o conceito aos aspectos biológico e quantitativos no organismo. Posteriormente, ao romper com Freud, Reich ancora todos seus trabalhos na perspectiva de energia vital.

Inicialmente, o autor entendia que a libido era uma energia concreta presa na couraça muscular e por meio da descarga orgásmica poderia ser descarregada adequadamente. Já a energia orgônica ou energia cósmica estaria presente em todo o universo e ao ser liberada permitiria o livre fluxo de energia no organismo e conseqüentemente promoveria a expansão e a saúde do organismo. Rodrigues (85) acrescenta que com a descoberta do orgone, Reich desenvolveu um método de trabalho clínico, a Orgonoterapia, cuja finalidade é a transformação da energia presa e estagnada em energia livre e fluída.

Silva (90) reafirma que a pulsação presente no movimento de contração e expansão é uma característica fundamental na energia orgone concebida por Reich. Nessa perspectiva, o movimento é caracterizado pela plasticidade ou rigidez. A rigidez corresponde ao encouraçamento e bloqueio do fluxo da energia orgone e a plasticidade corresponde ao movimento espontâneo da vida. Ambos se revelam na expansão e contração e representariam a pulsação energética, sinônimo de liberdade e criatividade. Acerca da pulsação biológica, Raknes citado em Silva (90) apresenta três aspectos para um livre metabolismo energético: 1) a possibilidade de o organismo absorver livremente a energia por meio da nutrição, respiração e do orgonio; 2) a possibilidade de a energia circular livremente pelo corpo e 3) a possibilidade de o organismo buscar e encontrar saída para a energia retida por meio de movimentos adequados.

Finalizando esse breve relato sobre a Psicoterapia Reichiana, é possível perceber o resgate do corpo em seus aspectos biológicos e orgânicos, corpo da energia vital, do orgasmo, das couraças e da autorregulação. Diferente do modelo freudiano, Reich inaugura um corpo do “inconsciente”, da Vegetoterapia e da Orgonoterapia, rompendo com pressupostos e métodos

anteriores, promove a dualidade corpo/psiquismo e integra um modelo psicoterapêutico que valoriza os aspectos energéticos dessa relação soma-psique.

Com uma vasta produção teórica e descobertas inovadoras, Reich influenciou (psico)terapeutas e pesquisadores e inspirou novos arcabouços teóricos e práticas voltadas para terapêutica corporal. Entre tantos estudiosos neo-reichianos, destaca-se aqui Alexander Lowen pela significativa expressividade de seus estudos em todo mundo e pela influência nos trabalhos de David Bercei.

Alexander Lowen (1910-2008) e John Pierrakos (1921-2001), alunos e pacientes de Reich, criaram, em 1953, a Bioenergética ou Análise Bioenergética. Fundaram, em 1956, o Instituto de Análise Bioenergética em Nova York e juntos desenvolveram técnicas e ampliaram a teoria reichiana da Análise do Caráter. Começaram seus trabalhos aplicando, neles mesmos, técnicas corporais que contribuíssem para a melhora da respiração e que pudessem liberar as tensões e emoções que bloqueavam o fluxo de energia.

Referenciados nos estudos de Reich sobre o caráter, eles desenvolveram inicialmente a Análise Bioenergética como método para tratar pacientes com sintomas neuróticos e com problemas sexuais. Posteriormente, seus trabalhos foram direcionados para a liberação da energia corporal e recuperação do organismo no prazer pela vida. As técnicas da Bioenergética mostraram-se eficazes no tratamento de vários transtornos, dentre eles o Transtorno de Estresse Pós-traumático. Ao separar-se de Pierrakos, Lowen continuou produzindo e atuando para expandir a terapia corporal bioenergética para todo o mundo, e assim projetou-se como o mais expressivo teórico dessa abordagem. Pierrakos, por sua vez, direcionou seus trabalhos combinando elementos da bioenergética com a espiritualidade, a chamada “core energética”.

Segundo Weigand (96), a Análise Bioenergética deu origem aos grupos de exercícios coordenados por Leslie Lowen, esposa de Alexander Lowen. Clientes e alunos de Lowen reuniam-se para realizar os trabalhos corporais sob a supervisão dos terapeutas. Esse processo influenciou o surgimento de inúmeras das técnicas bioenergéticas, e se constituiu como espaço de criação e experimentações em práticas corporais. A autora ainda ressalta que Lowen priorizava a prática para posteriormente produzir suas hipóteses e formulações, ou seja,

tinha como base de seus trabalhos a observação, seguida de produção teórica. Segundo ele, o terapeuta não pode solicitar ao cliente a realização de técnicas e procedimentos sem que ele mesmo tenha vivenciado isso em seu próprio corpo.

Lowen (97, 98), como pesquisador e terapeuta corporal, defende a integração mente-corpo mediada pelos processos energéticos e aponta a bioenergética como uma técnica terapêutica que contribui para que a pessoa possa reencontrar o corpo e tirar o máximo de proveito dele e isto inclui uma vivência plena e saudável da sexualidade, da respiração, do movimento, do sentimento e da autoexpressão. No desenvolvimento da Bioenergética, Lowen dedicar-se-á ao estudo da relação entre corpo e psiquismo como uma unidade integrada e dará ênfase aos aspectos corporais relacionados às defesas de caráter e às técnicas de leitura corporal.

Respaldado nos pressupostos da teoria do desenvolvimento infantil de Freud e na Análise de Caráter de Reich, o caráter foi amplamente investigado por Lowen, levando-o sistematizar os tipos de caráter, denominado por ele de Estruturas de Caráter. O autor compreendia o caráter como uma defesa utilizada pelo indivíduo ao longo do desenvolvimento infantil e que se cristalizava como um padrão de proteção tanto psicológico como muscular. A constituição do caráter no corpo ocorre através de tensões e bloqueios do fluxo natural de energia, que ao se tornarem crônicas fazem com que a formação do caráter se inscreva no organismo e se expresse tanto no nível emocional quanto no psíquico do indivíduo. Esse processo representaria a junção entre o somato e psíquico (98, 95).

A tipologia de caráter organiza-se de forma sistemática e hierarquizada (em maior ou menor grau) para atender uma didática de análise. Contudo, deve-se considerar, na leitura corporal, a singularidade e história de vida de cada pessoa (99). Cinco tipos básicos de caráter foram identificados por Alexander Lowen (98):

Estrutura de Caráter Esquizoide: evidencia-se no indivíduo que possui pouco senso de si mesmo e uma redução dos sentimentos e emoções; demonstra pouco contato com o corpo e este se apresenta de forma geral como rígido e desarmonioso. Tem por experiência emocional básica a rejeição e o aspecto traumático vincula-se à sensação de não ser amado e desejado no mundo.

Estrutura de Caráter Oral: pode apresentar-se no indivíduo que possui características típicas da primeira infância como dependência e necessidade de apoio e cuidado. A pessoa demonstra uma dificuldade para enfrentar a vida e tendência à depressão. No corpo, pode-se perceber, entre outras características, um aspecto infantil e uma musculatura pouco desenvolvida. A experiência básica desse perfil de personalidade é a carência afetiva e a privação. O aspecto traumático vincula-se ao sentimento de abandono.

Estrutura de Caráter Psicopata: refere-se à pessoa que necessita de poder e controle para dominar e possui uma enorme capacidade para seduzir e manipular; tem medo da perda do controle e nega seus próprios sentimentos, coloca a conquista e o desempenho como mais importantes que a vivência do prazer. No corpo, há uma visível tendência à rigidez muscular e pode apresentar um peito inflável e tensões na área dos olhos, boca e base craniana. A experiência emocional básica desse perfil é a sedução e o aspecto traumático vincula-se à vulnerabilidade diante da sedução do genitor do sexo oposto e do seu conseqüente abuso.

Estrutura de Caráter Masoquista: refere-se ao indivíduo que sofre, lamenta e queixa-se, mas que permanece estagnado e submisso; pode demonstrar dificuldade de movimentar-se livremente e uma forte presença de sentimentos negativos e hostis. O corpo pode ser curto, musculoso e denso (entroncado) e a respiração ofegante. A experiência básica dessa estrutura de caráter é a humilhação e o aspecto traumático vincula-se à criança submetida, vencida diante de uma mãe dominadora e severa.

Estrutura de Caráter Rígida: refere-se ao indivíduo com características de ambição, competitividade, teimosia e tendência agressiva. Normalmente é bem-sucedido e se mantém em estado de alerta, pois tem medo de perder o controle de si, de submeter-se ao outro e de ser rejeitado - o que o faz não se envolver emocionalmente. Sua postura tende a ser ereta, o que poderia representar orgulho ferido defensivo. Seu corpo é harmonioso, ágil e a musculatura rígida. Essa estrutura tem por experiência emocional básica e traição e o aspecto traumático vincula-se à rejeição sexual.

Oliveira Júnior (99) conclui que o caráter resulta, portanto, dos processos de integração entre mente e corpo e revela as defesas formadas ao longo da vida da pessoa que a ajudaram a lidar com as frustrações decorrentes dos traumas e das situações estressantes

experienciadas. Nesse sentido, o trauma, na perspectiva da Estrutura de Caráter, instala-se a partir da frustração da criança diante das diferentes necessidades básicas advindas de cada fase de desenvolvimento. Assim, considera-se que quanto mais precoce o trauma inscrever-se mais comprometido está o indivíduo.

A Análise Bioenergética compreende a personalidade em termos de corpo e defende que os processos energéticos determinam o que acontece em ambos, personalidade (mente) e soma (corpo). Nesse aspecto, a identidade funcional do caráter em seu aspecto psíquico (defesas de caráter), em conjunto com a atitude muscular (estruturas de caráter) permitem uma análise da pessoa a partir do corpo e conseqüentemente uma possível explicação das manifestações que acontecem neste corpo por meio de seus representantes psíquicos. Isso implicaria afirmar a existência de uma constante e dinâmica interação entre pensar, sentir e agir, ou seja, os acontecimentos no corpo repercutem na mente e vice-versa (100, 77).

Lowen busca, na fórmula da Função do Orgasmo de Reich, os conceitos de expansão e contração e defende que o processo de pulsação é fisiológico e está conectado ao sistema nervoso simpático e parassimpático. Ou seja, a contração/tensão/enrijecimento é regulada pelo SNS e a expansão/prazer/relaxamento é regulado pelo SNP (85).

O sentimento de prazer é entendido nessa abordagem como um movimento de expansão, que envolve um fluxo de sentimento e energia direcionados do centro para a periferia do corpo, do coração em direção aos olhos, boca, pele, mãos, pés e genitais (pontos de contato com o mundo). Já a contração corresponde à experiência de dor, fechamento e retraimento, em que o organismo direciona sua busca à satisfação prazerosa e, ao se sentir ameaçado, contrai a musculatura e surge a ansiedade. É, por exemplo, a angústia presente nos quadros neuróticos e psicóticos (100).

Boggio (47) considera que qualquer disfunção da mobilidade é resultado e consequência de problemas emocionais não resolvidos. Ele aponta, por exemplo, que restrições no processo respiratório podem ser causa e consequência da ansiedade (medo ou repressão emocional). Nesse aspecto, o autor destaca três objetivos importantes da Análise Bioenergética: 1) permitir ao indivíduo compreender sua personalidade em termos de corpo e caráter; 2) melhorar suas funções vitais mobilizando as couraças e liberando tensões musculares e

aliviando as situações traumáticas; e 3) aumentar a capacidade de experimentar o prazer pela vida.

Em concordância com Reich, o conceito de energia coloca-se como princípio básico na teoria de Lowen, que, apoiando-se na Fórmula do Orgasmo (tensão-carga-descarga-relaxamento), considera que um organismo vivo saudável só poderá existir caso haja equilíbrio entre a carga e descarga de energia. A partir desse constructo, ressalta-se a importância da manutenção de nível estável de energia para atender às necessidades do indivíduo (98).

Volpi e Volpi (100), quando abordam o conceito de energia em Bioenergética, referem-se a uma energia biológica, dinâmica, fluída e pulsante, sentida pelo corpo como uma sensação agradável de bem-estar e equilíbrio. A energia da Bioenergética é energia única, origem de toda existência, que se manifesta tanto no aspecto físico quanto psíquico, e está presente na história pessoal de cada indivíduo e pode ser percebida por meio da sua leitura no corpo. Esse tipo de leitura torna possível avaliar a qualidade da respiração, o tom e ritmo da voz, a postura corporal e o tônus muscular. Para Oliveira Júnior e Hur (95), a energia nasce na junção entre respiração, contato com a realidade presente e movimento corporal (exercícios).

Com a finalidade de atender à proposta da Terapia Bioenergética, que é a de propiciar à pessoa o alcance do prazer e da vitalidade, Lowen introduziu o conceito e a prática do *grounding*, palavra inglesa que pode ser traduzida como “aterrar”, “enraizar”, ou seja, ter os “pés bem plantados no chão”. Lowen recorre a esse termo para se referir, no trabalho bioenergético, a um processo energético em que um fluxo de excitação percorre o corpo, da cabeça aos pés. A pessoa precisa estar consciente de sua energia vital e orientada para a busca do prazer, conectada com seus sentimentos e sensações corporais e com a sua vida (98). Assim, para Lowen, o indivíduo em *grounded* é capaz de expressar e suportar suas emoções, sustentando suas opiniões e crenças e desenvolvendo sua identidade com autonomia e liberdade, prazer e espontaneidade - o que representaria em autoconfiança e segurança.

A partir dos estudos sobre as intervenções terapêuticas em Bioenergética, Weigand (96) relata que o *grounding* dependerá do livre movimento pulsatório do organismo em três direções, descritas por ela como: “pulsação vertical”, que envolve o movimento pendular da cabeça aos pés e dos pés à cabeça; “pulsação horizontal”, que corresponde ao *grounding*

sustentado pelas relações e comunicação e a “pulsação entre periferia e centro”, que corresponde ao manejo das percepções internas, pensamentos e sentimentos.

Nos trabalhos corporais com os pacientes e em grupo, Lowen e Leslie usavam o *grounding* como ferramenta para alcançar a liberação das blindagens energéticas, o que, associado aos exercícios, estimulava um estado de vibração corporal num nível estável e sutil, com a finalidade de aumentar a tolerância do organismo para a excitação e para o prazer, e criar uma via de descarga pela parte inferior do corpo usando como recursos a sexualidade e a motricidade. Considerava-se que o descongelamento emocional e energético dos tecidos e músculos em conjunto com o movimento vibratório representariam para a pessoa o retorno à vida, à felicidade e ao prazer (101). Nesse aspecto, o congelamento estaria vinculado às defesas de caráter da pessoa.

Com objetivo de dissolver as tensões musculares (descongelamento das couraças), atuar na Estrutura de Caráter e intervir na resolução de possíveis traumas, o terapeuta bioenergético utiliza-se das técnicas tradicionais como respiração, enraizamento (*grounding*), toques e movimentos (exercícios). Nascimento (102) acrescenta que se pode recorrer às técnicas de mobilização da tensão ocular, quando se pressupõe a existência de medo na região (anel visual), massagem na face e nuca, exercícios de *grounding* e alongamento para esticar o músculo psoas (envolvido na resposta instintiva de luta e fuga) e desbloqueio das couraças por meio de movimentos e toques (torácico e diafragmático).

Esses recursos serão intensamente utilizados por Lowen e terapeutas bioenergéticos para alcançar a autorregulação orgânica. A autorregulação orgânica, no entendimento de Reich e Lowen, refere-se à capacidade natural que o organismo possui de regular seu próprio funcionamento - o que corresponde a uma tendência inata e biológica para buscar o equilíbrio e a homeostase. Nesse caminho, Weigand (96) entende a fórmula da Função do Orgasmo de Reich como responsável pela autorregulação do organismo. Essa função, segundo a autora, apresenta-se na Bioenergética de Lowen como a possibilidade do organismo experimentar diferentes vivências orgásticas na vida sem que ocorra o contato genital. Está relacionada, portanto, a tudo que gera pulsação do organismo, ou seja, por meio da sexualidade, do amor, do prazer e das relações afetivas.

Na contramão da expansão e da plenitude do organismo, as neuroses, as doenças e os sintomas psicossomáticos e traumáticos são também considerados como formas de autorregulação do organismo. Mesmo de maneira “disfuncional”, esses mecanismos pressupõem a busca pela homeostase e sobrevivência. Sobre esse ponto, Nascimento (102) afirma que, em termos bioenergéticos, os sintomas decorrem do acúmulo de uma alta carga neuroendócrina de medo que, liberada, desencadeará uma contínua resposta de luta/fuga, e nesse processo, permanecem no organismo resíduos de energia paralisada e não metabolizada, presentes nas tensões musculares e nos padrões neurológicos.

Na mesma direção, Boggio (47) discrimina o fator energético na Análise Bioenergética como fator fundamental para compreender os efeitos do trauma, na medida em que as sensações traumáticas são experimentadas pela pessoa em nível não verbal, ou seja, no corpo, na Estrutura de Caráter e por meio das tensões musculares e das couraças. Isso implica a necessidade de descarregar a ativação produzida e devolver a energia ao organismo, provocando alívio e relaxamento para a pessoa.

Ao recorrer a Oliveira Júnior (99), pode-se afirmar que, inicialmente, o corpo na Bioenergética era percebido numa perspectiva estruturada e sistematizada, associada nos trabalhos de Lowen ao desenvolvimento da tipologia do caráter. Posteriormente, o corpo passou a ser compreendido como um organismo em busca de vitalidade e autorregulação, na fase em que Lowen amplia seus conhecimentos e volta seus trabalhos, por meio de técnicas e exercícios, para a promoção da saúde e do bem-estar físico e mental do indivíduo.

Considera-se, portanto, que Reich e Lowen, ao produzirem seus arcabouços teóricos, deixaram para seus sucessores um importante legado a ser explorado e desenvolvido. Os estudiosos desse campo, chamados neo e pós-reichianos, utilizam seus conceitos e princípios e conduzirão seus caminhos produzindo suas próprias teorias e metodologias.

2.2. O trauma na perspectiva da Psicoterapia Corporal

O trauma configura-se como uma resposta psicocorporal, pois, no momento em que ele acontece, são mobilizadas as respostas biológicas de sobrevivência, as quais envolvem

estruturas primitivas do corpo (cérebro reptiliano e sistema líbico). Já o significado e a racionalização da experiência (neocórtex) são ativados em momento posterior. Dependendo da intensidade do trauma, da força da energia mobilizada, da frequência com que o evento aconteceu, das condições subjetivas e das condições do ambiente em que se vive, o trauma poderá lesar transitória ou cronicamente as áreas cerebrais da memória, cognição e linguagem, chegando a trazer mudanças na personalidade. Nessa perspectiva, as abordagens psicocorporais têm apresentado respostas eficazes ao desenvolver um arcabouço teórico e técnicas consistentes tanto para medidas de promoção como para o tratamento do trauma (48).

Nascimento (102) acrescenta que a psicoterapia corporal reichiana foi precursora no estudo dos eventos traumatogênicos e de sua relação com a constituição da personalidade. A estrutura psicológica de cada indivíduo é determinada pelas frustrações traumáticas vivenciadas no decorrer do seu desenvolvimento, provocando um sistema complexo de defesas psicossomáticas, em que o caráter associa-se ao eixo psicodinâmico e a couraça ao eixo corporal do indivíduo. Nesse aspecto, acrescenta o autor, as terapias de base corporal analítica apresentam todo o arcabouço teórico e metodológico necessário para o tratamento de sintomas traumáticos.

Com Reich inaugura-se a Psicoterapia Corporal e, por meio do corpo, ele buscou a cura das neuroses e dos traumas. Considera-se, nessa abordagem, que os sentimentos determinam os movimentos e expressões corporais e vice-versa. Nesse processo, o organismo vai ajustando-se ou adaptando-se às delimitações do somato o/ou do psiquismo (77, 103). No modelo reichiano, o medo constitui-se como emoção básica que configura a dinâmica da tensão corporal e pode aparecer nos sete segmentos energéticos (couraças). Essa emoção está arraigada em diversos distúrbios e transtornos, entre os quais os traumas psicológicos e o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático).

A reação do indivíduo diante do evento potencialmente estressor é uma das condições para que o estresse aconteça. Esse pode ser considerado como uma resposta de adaptação e sobrevivência do organismo, contudo, se contínuo e persistente, pode provocar estresse e transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

A partir da Fórmula do Orgasmo, na perspectiva reichiana, o estresse é compreendido como resultado de um estímulo que provoca no organismo um estado de tensão e uma crescente carga bioenergética regulada pelo sistema nervoso simpático, que, posteriormente, irá realizar a descarga energética por meio do sistema nervoso parassimpático. Ao ápice do processo segue o relaxamento ou descanso. Nesse sentido, o estresse é fenômeno natural e necessário à vida. Entretanto, o estresse pode gerar quadros patológicos quando situações consideradas ameaçadoras acarretam sobrecarga ou superativação do sistema nervoso simpático e uma constante descarga neuroadrenérgica provoca o desequilíbrio no organismo e desencadeia o distresse, ou o que chamamos de trauma (104).

O neurocientista Van Der Kolk (7) afirma que o trauma não é definido por um evento externo, mas corresponde à resposta biológica global do organismo (paralisia/congelamento ou desligamento/dissociação), resultado de uma sobrecarga de estímulos em que os mecanismos/estratégias de luta e fuga foram impedidos e houve a contenção de uma tensão (resíduo energético) que permaneceu estagnada nos músculos. O trauma decorre, portanto, de uma falha na ativação fisiológica natural de resposta do organismo diante de uma situação.

Como bem afirma Navarro citado por Nascimento (102, 103), quanto mais primitivo for o estresse traumático, e mais forte a barreira energética (estase) em nível de anéis (na direção céfalo-caudal), mais grave será o problema da pessoa, tanto no aspecto psicopatológico quanto psicossomático. Conseqüentemente o sistema nervoso autônomo sofrerá uma hiperativação simpática, o que comprometerá a homeostase do organismo e propiciará as condições para o surgimento de diversas doenças.

Ao considerar os anéis energéticos, Boggio (47) descreve as alterações nesses segmentos ao tratar do diagnóstico do trauma. Nesses casos, percebe-se uma diminuição na pulsação energética: no segmento ocular, aparece inexpressividade e a pessoa demonstra uma ausência no contato visual; no segmento oral, observa-se uma tensão nas mandíbulas e uma voz inexpressiva; o segmento cervical é muito afetado, apresentando um estreitamento na passagem energético-emocional com bloqueio na respiração e na expressão emocional; o segmento torácico encontra-se sem carga, parecendo caído e fraco, para dentro; o segmento diafragmático

encontra-se bloqueado e o segmento abdominal está colapsado e debilitado, sem tensão, denotando resignação e empurrando as vísceras para fora; e, por último, o segmento pélvico demonstra uma movimentação mecânica e expressa fraqueza nas pernas, sem resistência e carga.

A alteração energética nos anéis dificulta a regulação da energia e a obtenção de prazer pelo organismo, e está relacionada a pulsação biológica. Essa dinâmica foi denominada de Biopatia por Reich. O termo Biopatia refere-se, de acordo com Reich (105), “[...] a todos os processos de doenças causadas por uma disfunção básica no aparelho vital autonômico”, e está vinculado a “[...] um distúrbio na função natural de pulsação no organismo como um todo”.

No desequilíbrio neurovegetativo, a Biopatia pode apresentar-se em diversos níveis: sexual, na forma de retração e desinteresse sexual; caracterial, na forma de sensação de tristeza e de sintomas depressivos; muscular, na forma de espasmos e tensões; e vegetativo, na forma de uma respiração superficial e com baixa carga (102, 103). O autor aponta que é comum nessas pessoas uma respiração curta sem vitalidade e com baixa absorção de oxigênio e, além disso, percebe-se um comprometimento na realização da Fórmula do Orgasmo, pois o processo de carga e descarga fica prejudicado. Esse processo provoca na pessoa uma incapacidade em se conectar com o prazer e com a impossibilidade de realizar a descarga da energia orgástica nas diversas áreas da vida.

Na perspectiva de Reich, a respiração coloca-se como essencial para a liberação das tensões e resíduos traumáticos. Boggio (47), ao discorrer sobre a importância do tema, aponta que uma respiração deficiente produz um organismo ansioso e neurótico e conseqüentemente configura-se como um termômetro para a avaliação do paciente no nível emocional e energético, além de sinalizar o nível de energia presente no organismo. Para esse autor, uma respiração limitada produz um movimento de pulsação reduzido e uma diminuição da capacidade de sentir e expressar emoções. Os indivíduos que apresentam essa condição respiratória mostram também uma tendência à depressão e à baixa vitalidade. Ao contrário, uma respiração profunda e plena promove uma mobilização de todo o corpo, inclusive da musculatura enrijecida e assim produz mais energia no organismo, mais movimento,

flexibilidade e saúde. Portanto, o reequilíbrio emocional da pessoa corresponde ao restabelecimento do equilíbrio da respiração (inspiração e expiração).

É importante enfatizar que nas abordagens corporais, o contato físico entre paciente e terapeuta é aceito com tranquilidade e sem medo, sendo comum e frequente o uso do toque. Diferentemente das abordagens psicanalíticas, o contato físico compõe o trabalho terapêutico e, por meio dele, busca-se diagnosticar e restaurar a capacidade de autorregulação vegetativa do organismo e a liberação da energia vital, sendo uma ferramenta que permite ao terapeuta conhecer o outro, escutar suas tensões e bloqueios, sua pulsação e vibração (77).

Existem diversos tipos de toque que são usados intencionalmente e estrategicamente para melhorar a sensação de conexão com o paciente e/ou para acalmar, relaxar ou tranquilizar, podendo estes também reduzir a ansiedade, retardar o batimento cardíaco e ajudar o paciente a sair de um estado dissociativo. Contudo, é necessário agir de forma ética, com cuidado e intenção ao tocar o corpo do outro, pois o sistema energético do terapeuta pode provocar respostas corporais e evocar sentimentos reprimidos e dolorosos no paciente (77, 49).

Nessa linha de análise, a Psicoterapia Reichiana pretende recuperar o equilíbrio do sistema neurovegetativo através do desbloqueio das tensões corporais crônicas que impedem um livre fluxo de energia vital, e, assim, trabalhar o organismo de forma integrada: homem-somato-psíquico (102, 103). Para Reich, o tratamento tem por objetivo desenvolver no paciente a capacidade de se entregar espontaneamente aos movimentos involuntários do corpo, que, por meio de um processo respiratório profundo e pleno produz movimentos de ondulação no corpo ou o reflexo do orgasmo (98).

Trotta (106) destaca que as intervenções corporais buscam a dissolução da couraça e a liberação dos impulsos e emoções que foram reprimidos. Nesse sentido, a finalidade é restaurar a pulsação dos fluxos energéticos do organismo por meio de técnicas de estimulação sensoperceptiva ou de ações corporais voluntárias.

Assim, busca-se, de acordo com Nascimento e Zink (104) e por meio da terapia corporal, a recuperação da vitalidade e pulsação do corpo que foi colapsado pelo trauma. Acrescenta ainda Nascimento (102) que o objetivo dessa terapêutica é resgatar o equilíbrio

neurovegetativo do organismo e a capacidade de viver plenamente a potência orgástica e a pulsação na vida. Nesse processo, procura-se a flexibilização das defesas e a integração do sistema nervoso autônomo, neurovegetativo, hormonal e energético.

Nascimento (102), partindo do estudo de diversos terapeutas corporais, apresenta os principais elementos da psicoterapia corporal. Esta deve promover: 1) a estimulação da respiração profunda e consciente com aumento da carga energética; 2) a ativação dos músculos contraídos por meio de técnicas que estimulem o processo de ativação e descarga do organismo; 3) a estimulação do tecido conjuntivo e fâscias por meio de toques e exercícios; 4) a conscientização e ampliação dos movimentos intencionais; 5) o desbloqueio das couraças energéticas no sentido céfalo-caudal; e, por último, 6) promover e enfatizar a empatia na relação terapêutica. Nessa perspectiva, Boggio (47) acrescenta que, ao trabalhar com a liberação de conteúdos traumáticos, o terapeuta de base corporal deve atentar-se para três importantes etapas: primeiramente é indispensável a construção de um vínculo seguro entre paciente e terapeuta, além de uma postura empática e solidária por parte do analista; em seguida, promove-se a renegociação e reorganização do material traumático para evitar a retraumatização. Processo segundo o qual o terapeuta ajuda o paciente a entender que, ao acessar os sentimentos e as sensações relacionados à situação traumática, o paciente não permanecerá preso à experiência; e, por último, ajudar o paciente a reconectar-se com vida cotidiana e resgatar a expansão e capacidade de experimentar o prazer. O terapeuta, portanto, estimula o paciente a conectar-se consigo mesmo e com a habilidade de construir uma nova vida. Nascimento (102) ressalta que, nessa fase, reorganiza-se a capacidade pulsatória do organismo e, nesse sentido, o movimento de contração e expansão é restabelecido.

O trabalho psicocorporal no tratamento de conteúdos traumáticos era compreendido inicialmente em Reich e Lowen a partir da ideia de que algumas situações que impediam o desenvolvimento psicosssexual pleno da personalidade podiam ser abordadas por meio de uma intervenção terapêutica, cujo objetivo era quebrar as barreiras e tensões musculares. Para isso, os pacientes eram estimulados a expressarem seus sentimentos por meio de técnicas, exercícios e toques fortes para promover catarses emocionais. Isso tudo com objetivo de soltar a blindagem muscular e atingir a descarga e o relaxamento das defesas. Essa estratégia foi criticada por outros teóricos que defendiam que tais procedimentos podiam provocar uma retraumatização

do organismo e um estado de superexcitação posterior, sendo, portanto, invasivo e de poucas chances de cura para os pacientes (102 - 104).

Destarte, na busca de diferentes métodos no tratamento de pessoas traumatizadas, terapeutas corporais como Navarro, Lewis, Boadella (Biossíntese), Boyssen (Biodinâmica), Peter Levine (Experiência Somática) e David Bercei (TRE), mesmo alinhados aos pressupostos de Reich e Lowen, produziram novas construções e formulações teóricas em resposta às novas demandas do homem contemporâneo e às novas descobertas da neurociência (102, 103). Nascimento destaca alguns princípios formulados a partir das novas perspectivas das Psicoterapias corporais sobre o trauma:

- 1) O tratamento do trauma deve estar intimamente relacionado à atenção e intervenção nos sinais e comportamentos não verbais da pessoa. O estudioso considera que as terapias predominantemente verbais se mostram ineficazes na terapêutica do trauma, visto que o organismo é um complexo sistema regulado pelo cérebro reptiliano e sistema nervoso autônomo e límbico. O autor defende que:

“Métodos e técnicas que mobilizem o campo somático são imprescindíveis para reativar e processar as respostas de estresse traumático congeladas na musculatura e nos tecidos, possibilitando a expressão emocional necessária para o estabelecimento de novas conexões cerebrais e modificação dos sintomas psicossomáticos associados ao trauma” (102).

- 2) O trabalho corporal deve focar-se numa atitude contrária à Análise do Caráter e, nesse sentido, o trabalho do terapeuta deve promover a segurança e a confiança do paciente em substituição à atitude clássica de confrontar e dissolver a estrutura rígida de caráter.
- 3) Os sintomas defensivos do paciente devem ser encarados como os recursos possíveis para sobrevivência diante do trauma. É fundamental que haja um contexto em que se promova a confiança, um lugar onde a pessoa sinta-se segura e confortável para tratar de seus conteúdos traumáticos.
- 4) Existe uma capacidade inata do ser humano para resolver o trauma e, nesse sentido, considera-se que o organismo possui uma sabedoria fisiológica de

autorregulação. Logo, o terapeuta precisa confiar nos recursos internos que o paciente possui para curar-se do trauma.

Boggio (47) acrescenta que, diferente das intervenções clássicas sustentadas por Reich e Lowen que buscavam o desbloqueio das couraças no tratamento do trauma, as novas práticas corporais procuram estabilizar o organismo e promover recursos para alcançar a homeostase. Nesse sentido, o trabalho corporal tem por objetivos: ensinar o paciente a sustentar as sensações no seu corpo (agradáveis e desagradáveis); apoiar-se no contato visual para não perder a orientação do que está acontecendo; buscar a autorregulação do processo energético, que implica em manejar gradativamente seus movimentos e o restabelecimento da tensão muscular; e trabalhar a memória traumática desbloqueando a couraça cerebral (hiperexcitação, dissociação e imobilidade).

Podemos perceber ao final desta seção que a Traumatologia já era tema de estudo de Reich nos primórdios da Terapia Corporal e que, através da Análise do Caráter e da Vegetoterapia, ele apontou caminhos teóricos e metodológicos no tratamento de pessoas atingidas por traumas. Nascimento e Zink (104) destacam ainda que o estudo sobre os traumas e suas repercussões psicossomáticas configura-se como um paradigma para as abordagens corporais, as quais, estimuladas pelas demandas da clínica contemporânea, buscam novos constructos e ferramentas que contribuam para a eficácia de suas intervenções.

CAPÍTULO 3 - A TERAPIA CORPORAL TRE COMO ESTRATÉGIA PARA AUTORREGULAÇÃO DO ORGANISMO

3.1. David Berceli e a TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*)

Seguindo a linha das abordagens corporais, o terapeuta bioenergético e pesquisador norte americano David Berceli, em mais de 15 anos de estudos, desenvolveu uma sequência de exercícios para liberação de tensões e traumas. Respalda nas práticas da Bioenergética, na Psiconeurologia do trauma e nos anos de experiência com pessoas expostas a situações de guerra e catástrofes, ele criou um método denominado TRE - *Tension & Trauma Releasing Exercises*, com a premissa básica de que o ser humano possui uma capacidade inata de restauração orgânica para a cura do trauma (107, 1).

Considera-se que David Berceli, ao ser influenciado pela Bioenergética, está conectado às psicoterapias corporais. Como abordam Araújo et al. (108), essas práticas complementam-se numa perspectiva conceitual e “[...] atuam em todo desenvolvimento do sujeito, com diferentes escopos de ação e amplitude teórica, e quando aliadas, possuem grande potencial para dissolução do trauma no sujeito em sua totalidade”.

Em seus trabalhos como missionário pelo mundo e assistindo pessoas em contexto de dor e sofrimento, Berceli percebeu a necessidade de criar uma ferramenta que ajudasse o maior número possível de pessoas, sem o auxílio de um *setting* terapêutico, e que pudesse oferecer a elas autonomia e liberdade no alívio do estresse e dos sintomas traumáticos. Segundo o autor, fenômenos como o trauma e o Estresse Pós-Traumático estão presentes em todo o mundo, decorrentes de situações como catástrofes, terrorismo, violência e outros. Esse cenário exige que novos paradigmas se apresentem no tratamento desse fenômeno, visto que inúmeras pessoas não possuem condições financeiras e/ou tempo para investir em práticas convencionais.

Com essa visão e respaldado nas suas observações e reflexões, Berceli percebeu a necessidade de um método alternativo, multicultural e que propiciasse autonomia e independência às pessoas no processo de cura. E mais, que pudesse ser aplicado em grupo e em diferentes populações. Isso implicaria em não restringir o novo método aos preceitos da Psicologia tradicional:

“By focusing on the individuals’ natural restorative mechanisms, every traumatized individual becomes capable of some degree of self-healing. By teaching the individual how to activate these restorative mechanisms, entire populations can be guided through a self-healing process. This process can be easily taught and used effectively in schools, hospitals, institutions and organizations of diverse ethnic groups, languages and cultures” (109).

Amaral et al. (110) descrevem a TRE como uma técnica inovadora de fácil execução e de baixo custo no tratamento de questões psicossociais, pois contribui para o atendimento da população pobre com problemas de saúde mental e que não possui acesso a serviços públicos. Pedrosa (informação verbal²) destaca que a TRE promove a capacitação das pessoas num contexto comunitário e oferece autonomia e suporte para uma população muitas vezes sem recursos e que necessita de ferramentas de autocuidado e promotoras de saúde.

Durante seu trabalho como missionário em países devastados pela guerra na África e no Oriente Médio, Bercei observava a reação corporal dos abrigados durante os bombardeios e percebeu que era comum o movimento das pessoas de curvar o corpo para frente numa postura fetal de proteção do rosto e da região torácica. Em seus estudos, correlacionou esse movimento ao conjunto de músculo denominado Psoas. Percebeu também que as crianças que vibravam durante o bombardeio apresentavam uma melhor resposta de readaptação (48). A partir dessas percepções, Bercei (78, 79, 111) pôde concluir que os músculos Psoas protegem o corpo durante o trauma e são projetados para contrair em momentos de perigo e relaxar em contexto que transmita segurança. Os músculos, quando contraídos, dobram-se como uma bola protegendo algumas regiões do corpo e, quando não há mais perigo, são projetados para liberar o excesso de tensões. Eles são considerados os músculos mais primitivos responsáveis pelo mecanismo de sobrevivência (luta/fuga) (1, 78, 79, 107).

Koch (112), um dos maiores pesquisadores desse grupo de músculos, descreve o Psoas como a pedra angular de um corpo equilibrado e organizado, sendo responsável pela

² Informações concedidas à pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

sustentação da coluna vertebral. A saúde e vitalidade dessa estrutura afeta o funcionamento dos órgãos viscerais. É um músculo maciço, mede aproximadamente 40 cm e está ligado diretamente à caixa torácica (T12), às cinco vértebras lombares (L1-5), ao tronco e ao músculo ilíaco, os quais, conjuntamente, formam um sistema de ligação do torso, pélvis e pernas e são estrategicamente responsáveis pela proteção do organismo. Silva (49) aponta que esse músculo é acionado no movimento de andar e correr e oferece segurança e estabilidade para o corpo. Ele representa o centro de gravidade do corpo e pode contrair-se, alongar-se, encurtar-se ou esticar-se. E, além disso, são acionados instintivamente em situações de medo.

MacCann (4) destaca que a função do Psoas é defender o organismo que, em situações de ameaça, contrai e aproxima as extremidades do corpo numa posição fetal para assim proteger suas partes mais vulneráveis, como cabeça e órgãos vitais. Scaer (5) acrescenta que esse músculo é acionado em situação de perigo ou ameaça para o organismo: os sistemas esquelético e visceral são mobilizados para a ação e a ativação repetitiva do Psoas causa tensão crônica e aumento dos níveis de excitação, disfunção postural e dor nas costas.

Scheiweitzer e Gradt (5) relatam que, em contraste com nossa cultura, o tremor e o sacolejo são encontrados em práticas terapêuticas xamânicas presentes em grupos culturais da América do Norte, do Sul e na Sibéria. O tremor na cultura ocidental é percebido como sinônimo de adoecimento e foi associado, dentro da medicina tradicional, a distúrbios fisiológicos em que a resposta corporal neurogênica era considerada como um mecanismo patológico do sistema nervoso. O tremor foi ainda vinculado a causas diversas, como doenças metabólicas, distúrbios neurológicos (doença de Parkinson, por exemplo), à contaminação por toxinas (chumbos, mercúrio) e ao uso de drogas (5, 113). O DSM-5 (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) vincula o tremor a várias patologias como: Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Diferente dessa perspectiva, Stepišnik Perdih (113) aborda em seu estudo que a vibração é utilizada na reabilitação de atletas. Ela é denominada como Treinamento de Vibração (VT) ou Estimulação Biomecânica e tem por objetivo a melhora da força, potência e flexibilidade dos músculos para melhor desempenho.

Hans Selye foi, de acordo com Bercei (109), o primeiro a investigar a reação do tremor em animais em situação de estresse. No entanto, foi em pesquisas contemporâneas (78, 107, 114, 115) que o tremor neurogênico foi estudado como uma resposta de sobrevivência adaptativa e saudável para o restabelecimento do organismo de mamíferos.

Peter A. Levine, doutor em Biofísica e Psicologia, ao analisar por anos o comportamento dos animais selvagens e os mecanismos de sobrevivência usados por eles em situações perigosas e ameaçadoras, concluiu que os animais são mobilizados para lutar ou fugir. Mas, se impossibilitados de se defenderem, buscam a imobilidade ou congelamento como última resposta para se manterem vivos. Também foi observado que, após a situação estressora, eles tremem e se recuperam voltando ao estado de equilíbrio. Para o pesquisador, esse comportamento representaria a liberação de energia relacionada ao mecanismo de autorregulação (107, 116, 117). Para Bercei (79, 111), o corpo tende a tremer para descarregar o excesso de energia, mas a mente (ego controlador) não permite e bloqueia essa resposta. Consequência desse conflito é a contração da musculatura, impedindo a descarga energética e produzindo um estado de tensão crônica e sintomatológica.

Este estudo levou Levine a afirmar que, como os animais, o ser humano também possui uma capacidade inata para a cura, premissa compartilhada por David Bercei. Esses autores apropriam-se dessas descobertas para fins terapêuticos. Postulam que o tremor é uma resposta primitiva do organismo humano para liberar tensões e trauma, mas, diferentemente dos animais, o ser humano inibiu e reprimiu esse mecanismo para evitar demonstrar fraqueza ou medo (1, 79, 107).

Na perspectiva da Terapia Corporal, a vibração como mecanismo de autorregulação sempre esteve presente nos trabalhos de Reich e Lowen. Esses autores consideravam a vibração como sinônimo de vida, prazer e excitação, percebida nos pacientes conforme expressavam suas emoções. A vibração representa, para Weigand (96), uma descarga motora da energia física retida na couraça vinculada ao conteúdo emocional, cujo objetivo é preservar o organismo e mantê-lo seguro. Em sua interpretação, existia, para Lowen, uma discriminação entre vibração e tremor. O primeiro constituído de um movimento sutil e associado ao prazer e bem-estar, enquanto o segundo de um movimento decorrente de fortes tensões. Segundo Lowen (118), a

tremedeira ou o chacoalhar significaria a ruptura das tensões da musculatura e das defesas do ego na tentativa de soltar a rigidez que limitaria a mobilidade e a livre expressão das sensações, o que demonstraria uma expressiva capacidade autocurativa do corpo. Contudo, ela poderia provocar medo e sensação de perda de controle. Por isso, os exercícios da Bioenergética buscam um estado de vibração que permita aumentar o nível de tolerância do corpo, e objetiva a excitação e o prazer. “Podemos dizer que indivíduos cujos corpos não vibram estão mortos emocionalmente” (118).

Pedrosa (informação verbal³) agrega ao dizer que David Bercei resgatou a essência da Bioenergética ao estimular a vibração no corpo, mas sem interpretar ou analisar o fenômeno. Ele buscou, por meio da vibração, ativar os movimentos involuntários, resgatando a vitalidade e reestabelecendo um processo de saúde e vida para o organismo.

A técnica sustenta-se no mecanismo tensão-carga versus descarga-liberação por meio de exercícios com o objetivo de liberar bloqueios corporais e descongelar tensões profundas através de tremores espontâneos e involuntários. Os exercícios, ao induzirem os tremores neurogênicos na musculatura, viabilizam a liberação de tensões no corpo e permitem o relaxamento profundo, sentido em nível físico e mental (1, 78, 79). A TRE tem, assim, a função de ativar o SNA e promover o equilíbrio do organismo.

A TRE é constituída por uma série de exercícios físicos (ver anexo I) simples, de fácil manejo e possível de ser adaptada às necessidades das pessoas e tem por objetivo fadigar a musculatura do corpo através da ativação do músculo Psoas. Utiliza posturas advindas das práticas corporais da Bioenergética, apoia-se nos conceitos de *grounding*, respiração e autorregulação e estimula a excitação do organismo para posterior descarga e relaxamento. Essa atividade corporal consiste em uma série de sete movimentos com as partes do corpo como pés, pernas, quadril, braços, costas, ombros, cabeça, por meio de gestos como descer e levantar os pés, pernas e braços, arquear costas, abaixar a cabeça e levantar o quadril.

³ Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília em junho de 2019.

Edwards (119) reforça que esses movimentos são modificados e ajustados de acordo com as condições físicas, saúde, aptidão, idade e flexibilidade da pessoa, pois evita-se provocar dor durante a prática por considerá-la contraproducente aos objetivos da TRE, que são sobre estimular a descarga e o relaxamento por meio do tremor. A técnica pode ser realizada várias vezes por semana e de acordo com o condicionamento do corpo para resposta natural ao tremor. A condução dos exercícios pode durar de 40min a uma hora e a prática individual irá variar de 15 a 40 min conforme a necessidade do organismo.

Macedo (120) acrescenta que os exercícios da TRE podem ser realizados individualmente ou em grupos por ambos os sexos, por crianças e adultos e constituem alternativas ou complementos às intervenções psicoterapêuticas. A técnica oferece autonomia às pessoas para que administrem seu próprio processo de recuperação do estresse e trauma, porque pode ser autoaplicada com segurança e sem a necessidade obrigatória de um facilitador ou terapeuta. Essa é uma importante consideração, já que se pode trabalhar com grandes populações traumatizadas que não têm acesso a psicoterapias e outros tipos de atendimento.

Pedrosa (informação verbal⁴) explica que por meio da condução dos exercícios estimula-se a autorregulação do organismo. Esta se relaciona com a capacidade da pessoa de manejar o sistema nervoso autônomo, evitando que o processo de ativação se intensifique e, dessa forma, orienta a pessoa a perceber as sensações no organismo e a modular a vibração. É necessário regular a velocidade e o tempo da ativação do corpo pelo tremor, assim como interromper quando necessário com o ato de esticar as pernas e abrir os olhos. Essas sugestões contribuem para a prática da TRE com segurança sem desestruturar o paciente. A desestruturação pode levá-lo a experimentar sensações intensas e desagradáveis, acarretando a retraumatização do organismo. Em outras palavras, a prática sem segurança pode levar a pessoa a “reviver”, por meio de sensações e sentimentos, a situação dolorosa ou traumática. Na realização da TRE, “o menos é mais”, ressalta Pedrosa (informação verbal⁵).

⁴ Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

⁵ Idem

Esses exercícios, quando praticados com regularidade, têm se mostrado capazes de aliviar sintomas relacionados à desregulação do sistema nervoso autônomo, o que ocorre em muitos transtornos de saúde mental como insônia, estresse, ansiedade, depressão, agitação psicomotora, síndrome do pânico, transtorno de estresse pós-traumático e outros problemas decorrentes de violência e traumas físicos e psicológicos (120).

Edwards (119) sintetiza os benefícios relacionados à TRE: é eficaz no tratamento dos sintomas traumáticos e pode ser aprendida em grupo sem a necessidade de psicoterapeuta; ativa os processos neurofisiológicos naturais de autocura do corpo ao contornar as defesas do ego, visto não necessitar de comunicação verbal; é uma ferramenta de autoajuda, de baixo custo e tempo; envolve um processo físico e neurológico com pouca exigência do neocórtex e pode ser aplicada em massa e precocemente para evitar sofrimento e trauma; pode ser útil como técnica de prevenção para profissionais que atuam em contextos de sofrimento (trauma vicariante); os tremores neurogênicos reduzem a dor, a ansiedade e os sintomas depressivos; a evasão dos grupos é reduzida, pois evita exposição da pessoa ao reviver lembranças traumáticas; atua liberando tensões musculares e liberando resíduos bioquímicos; promove menos sofrimento do que as terapias que utilizam do relato; e pode ser usada também em contextos (psico)terapêuticos por profissionais de saúde.

Desde que desenvolveu a TRE, David Bercei realiza treinamentos em todo o mundo, oferecendo a técnica a inúmeras pessoas em diversas situações de sofrimento e vulnerabilidade social. A TRE é praticada atualmente em mais de 60 países, sendo utilizada como método de redução de estresse em profissões de risco como polícia, corpo de bombeiros, segurança pública, e também com profissões das áreas da saúde, educação, veteranos e sobreviventes de guerra. Também tem sido aplicada em ONGS, como a Cruz Vermelha; no Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS) como Prática Integrativa em Saúde (PIS).

A TRE foi introduzida no Brasil pelos terapeutas bioenergéticos Mariano Pedrosa e Jayme Panerai Alves. Mariano Pedrosa realizou a formação em TRE com David Bercei na

Alemanha em 2007 e, nesse mesmo ano, Jayme Panerai publicou, pela Editora Libertas, o livro “Exercícios para libertação do trauma: um revolucionário novo método para a recuperação de estresse e de trauma” de David Berceli. Em 2009, ambos convidaram David Berceli para conduzir a primeira turma de “Facilitadores em TRE” no Brasil, iniciando o processo de expansão desse movimento de “treme-treme” em todo o país, o que resultou em inúmeros profissionais treinados por Mariano Pedrosa juntamente com o criador da técnica. David Berceli retornou ao Brasil em 2012 e 2017 para complementar a capacitação dos profissionais em treinamento (informação verbal⁶).

Atualmente em todos os estados brasileiros a TRE faz-se presente, seja em instituições públicas e privadas, parques, consultórios psicológicos e grupos comunitários e terapêuticos que, por meio da autoaplicação e através de facilitadores e (psico)terapeutas que conduzem a prática de forma presencial ou por meio de ferramentas online. Em Brasília, a TRE é reconhecida como Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde pela portaria 371 de 03 de junho de 2019, o que permitiu que a prática da TRE fosse realizada em unidades básicas de saúde. Essa conquista foi alcançada por meio da mobilização dos terapeutas em TRE da cidade, especialmente pela iniciativa do médico e pesquisador Marcelo Augusto Amaral, treinador da técnica e facilitador desse recurso na rede pública de saúde há mais de nove anos.

Berceli (1, 111), ao conduzir o procedimento em equipes militares, organizações de saúde e humanitárias e população civil, percebeu que a TRE promovia alívio dos sintomas do TEPT, o que o fez pensar que os tremores tinham um efeito mais expressivo em pessoas com nível mais elevado de estresse. Contudo, em todo o mundo, várias pesquisas foram e estão sendo realizadas sobre o método com o objetivo de sistematizar o procedimento e investigar os efeitos dos tremores na liberação de estresse e trauma, assim como analisar dados sobre os resultados e descobertas. Destacamos aqui alguns estudos, entre eles a tese de doutorado do próprio David Berceli, realizada em 2009 com 71 universitários americanos, cujo resultado

⁶ Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

mostra que após seis práticas da TER a ansiedade foi reduzida. Os resultados sugerem também que os tremores contribuíram terapêuticamente para a liberação do estresse.

Moore (121), ao pesquisar a TRE em militares americanos, apresentou evidências de que a técnica atua nos estados fisiológicos associados ao estresse crônico e à ansiedade, bem como na regulação dos hormônios do estresse e relaxamento físico, provando ser útil para restaurar a homeostase do organismo. MacCan (4), em uma pesquisa realizada após um treinamento de 4 dias conduzido por David Berceci com 50 participantes na África do Sul, mostrou que os tremores diminuíram o estresse e a ansiedade e houve mudanças quanto à percepção do bem-estar e da qualidade de vida. Outra pesquisa realizada na África do Sul, por Salmon (123), com 152 estudantes do sexo feminino entre 17 a 25 anos em situação de risco e vulnerabilidade, mostrou que as participantes apresentaram melhora geral em relação ao estresse (73%), aos aspectos psicológicos e emocionais (68%), à sensação de bem-estar (77%) e à qualidade de vida (59%).

Macedo (120) realizou a primeira pesquisa sobre a TRE no Brasil ao estudar os efeitos da técnica na redução do estresse resultante de situação de violência conjugal. Participaram 29 pessoas (14 mulheres e 15 homens) envolvidos em processos judiciais no Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Os resultados revelaram a eficácia da técnica como ferramenta de intervenção para prevenção da violência contra a mulher e indicaram também a redução da anestesia emocional (congelamento) e a ampliação da capacidade de percepção dos sinais corporais de estresse dos participantes.

Herold (122) apresentou dois estudos de casos na Ucrânia, também com ex-soldados, demonstrando resultados quanto à sensação de profundo relaxamento vivenciado durante a prática do tremor e vitalidade após a prática; além de expressiva melhora no sono e diminuição das tensões e dores físicas (dores musculares e de cabeça). Outro relevante estudo foi realizado por Nibel (123) com mais de 100 profissionais de 27 países europeus objetivando compreender o uso da TRE na saúde mental desses trabalhadores. Os resultados mostraram que a TRE reduziu as queixas relacionadas à saúde e a procura por tratamentos médicos, aumentou a autoconfiança e otimismo, a qualidade de vida e a percepção das sensações corporais

agradáveis e foi entendida pelos participantes como uma técnica de fácil aprendizagem, econômica quanto ao tempo e aos custos.

Outro estudo de caso que merece atenção foi desenvolvido por Salmon (124). A pesquisadora apresentou o caso de uma paciente de 23 anos, com um caso raro de bipolaridade. Ela apresentava sintomas físicos violentos em forma de tremores e espasmos acompanhados de dor que persistiam por cerca de uma hora e meia, além de sintomas de ansiedade, depressão e dor generalizada. Após 3 meses de prática da TRE, os resultados foram: melhora no sono e relaxamento, desaparecimento dos sintomas físicos, eliminação das crises convulsivas, redução das medicações, melhora na qualidade de vida, aumento da alegria e vitalidade e regulação do humor.

Talvinen (125), ao verificar, por meio de um estudo quanti-qualitativo, os efeitos do método TRE no alívio do estresse em um grupo de nove trabalhadores (enfermeiras, médicos, psicólogos e assistentes sociais) de um hospital psiquiátrico na Finlândia, verificou nos resultados mudanças positivas, como: diminuição do estresse e do nível de ativação do SN, melhora na qualidade do sono e um aumento do bem-estar físico e mental. A pesquisa sugere que o método TRE pode ser uma boa ferramenta para aumentar o bem-estar no trabalhador e evitar traumas por compaixão.

Stepišnik Perdih (113) apresenta uma nova perspectiva de pesquisa da TRE, relacionada ao desempenho de atletas. O estudo teve por objetivo verificar, por meio dos facilitadores da TRE de 26 países, a utilização da técnica em atletas e os benefícios percebidos com a prática do tremor. Os resultados confirmaram a utilização do método em diversas modalidades atléticas, trazendo, dessa forma, benefícios tanto físicos quanto psicológicos. Os primeiros relacionados à maior flexibilidade, redução da dor durante o treino, alívio da dor muscular, enquanto os segundos relacionados à diminuição da ansiedade, regulação do estresse e estabilidade emocional.

Amaral et al. (110) publicaram um estudo, resultado de 121 encontros para a prática da TRE com a participação de 1.263 pessoas, incluindo adolescentes e familiares de Brasília/Distrito Federal. Os participantes, ao final dos encontros, relataram benefícios

relacionados à redução da insônia, dores musculares e diminuição dos sintomas de ansiedade, estresse, depressão e síndrome do pânico.

Lynning et al. (126) apresentaram um estudo qualitativo sobre o efeito da TRE com pessoas com esclerose múltipla. Nove pessoas realizaram a prática da técnica por um período de nove semanas e os resultados experimentados pelos participantes foram: melhora no sono e no humor, aumento da resiliência, redução da tensão, melhora no funcionamento da bexiga e na marcha, aumento do nível de energia após a realização dos exercícios, além da diminuição da dor, melhora do equilíbrio, da função intestinal e da vida sexual. Nesse mesmo ano, Heath e Beattie (127) publicam um estudo de caso sobre um ex-soldado australiano com histórico de lesão cerebral e TEPT. Ao finalizar 4 meses de prática da TRE, duas vezes ao dia, o soldado relatou benefícios físicos e psicológicos como: melhoria no sono, maior flexibilidade no quadril, pelve e região lombar, maior segurança e motivação, sensação de prazer com seu próprio corpo e com a vida, além da percepção de diminuição da necessidade de outros tratamentos.

Uma pesquisa recente realizada na Noruega por Thommessn e Fougner (128) com alunos de teatro objetivou compreender o efeito da TRE no desempenho profissional e bem-estar dos participantes. Os resultados mais expressivos relacionaram-se a uma maior autoconsciência do corpo e da mente, melhora do desempenho das habilidades sob pressão e maior capacidade para criação de personagens. Os pesquisadores concluíram que a TRE foi eficaz na eliminação da tensão emocional, no aumento de consciência de si mesmo e no aumento de foco e da energia.

Atualmente, duas pesquisas relacionadas à eficácia da TRE em militares estão sendo desenvolvidas. A primeira delas nas Forças Armadas Austríacas, que objetiva responder questionamentos quanto à implementação da TRE para redução do estresse durante e após as operações militares, o efeito do método na prevenção de estresse e trauma e a inserção da técnica em missões militantes. A segunda pesquisa objetiva testar os efeitos do método em um programa para veteranos de guerra em situação de TEPT, em Phoenix/EUA. A hipótese do estudo é que a TRE irá reduzir os sintomas de TEPT e depressão, os sintomas físicos de dor,

insônia e somáticos, bem como contribuirá com o bem-estar e a saúde física e mental dos participantes.

Percebemos nesses estudos que a TRE é um método inovador, que tem despertado o interesse de diferentes países, populações e profissionais, tanto para prática quanto para pesquisas e treinamentos. A técnica tem se mostrado eficaz na redução do estresse e ansiedade em vários contextos, culturas e populações.

3.2. O papel da TRE na Neurofisiologia do trauma

Quando abordamos as terapias corporais no tratamento do trauma consideramos a intrínseca e indissolúvel relação mente-corpo, somato-psíquico, como destaca Scaer (5, 143) ao afirmar que o cérebro e o corpo são partes de um sistema interativo em que a saúde do cérebro depende da saúde do corpo e vice-versa. Bercei (informação verbal⁷) argumenta que a neurofisiologia tem cumprido o papel de fazer a ponte entre mente e corpo, ao revelar que as tensões vinculadas aos traumas estão presentes tanto nos músculos quanto na emoção e no psiquismo.

Destarte, compreender a neurofisiologia do estresse e trauma faz-se necessário para ampliar a compreensão da atuação da técnica no organismo humano. A neurociência, uma nova disciplina científica integradora de metodologias e conceitos neurofisiológicos, psicológicos, farmacológicos, bioquímicos, anatômicos e genéticos (129) tem realizado importantes estudos na compreensão do cérebro e sua desorganização. A neurociência considera que a interação organismo-ambiente molda e reconstrói circuitos e redes neurais e que novas conexões sinápticas são alteradas e recriadas constantemente, o que se denomina de Plasticidade Neural. O termo “plasticidade” refere-se à capacidade do organismo de adaptar-se às mudanças ambientais externas e internas, devido a ações conjuntas de diferentes órgãos, coordenadas pelo sistema nervoso central (SNC) (129). Já as expressões “neuroplasticidade”, “plasticidade

⁷ Informações concedidas à pesquisadora pelo Doutor David Bercei por meio de uma entrevista gravada na cidade de Florianópolis no mês de novembro de 2017.

neural” ou até “mapeamento cortical” referem-se à capacidade do cérebro de mudar e se adaptar às novas experiências, aprender novas informações e, criar novas memórias. A atividade do cérebro envolve, também, a capacidade de se reorganizar e se reconectar em situação de aprendizagem, formação, memória ou de danos (49). A autora refere-se a dois tipos de plasticidade: a funcional, que corresponde à capacidade cerebral de transferir funções de áreas danosas para outras áreas não afetadas; e a plasticidade estrutural, que se refere à habilidade do cérebro de alterar sua estrutura física como resultado da aprendizagem, estresse contínuo e trauma.

Quando mergulhamos na Neurofisiologia do trauma, recorreremos inicialmente ao constructo do Cérebro Trino desenvolvido por Paul MacLean (130). Esse polêmico modelo, criado pelo pesquisador na década de 60, repercute até os dias atuais, provocando debates e discussões no meio científico. Por um lado, biólogos e neurocientistas evolucionistas questionam a visão simplista da teoria quanto à evolução do cérebro em camadas sobrepostas, por outro, neurocientistas da mente e da emoção defendem esse arcabouço teórico, visto como complexo e revolucionário e buscam compreender como as estruturas mais antigas do cérebro relacionam-se com as mais recentes. Nesse sentido, objetivam compreender a relação entre os circuitos neurais e neuroquímicos com os comportamentos afetivos e emocionais.

Dessa forma, teóricos como Levine (107, 116), Van Der Kolk (7, 131, 132), Bercei (1, 109, 111), Silva (49), entre outros, baseiam-se nesse modelo para o desenvolvimento de teorias e práticas voltadas para o trauma como condição neurofisiológica. Van Der Kolk (132) aponta que, na perspectiva desse constructo, o cérebro desenvolveu-se de baixo para cima em três camadas que se sobrepõem e se conectam, numa neuroanatomia primitiva a requintada:

Cérebro reptiliano ou primitivo: corresponde ao tronco encefálico. É o mais antigo, desenvolve-se no útero e relaciona-se com as funções básicas da vida como respiração, batimento cardíaco, temperatura, sono, digestão e sexualidade. É instintivo e regula a ativação homeostática (7, 49, 107). Essa estrutura coordena as reações básicas ao perigo como luta, fuga e congelamento. Comunica-se por meio das sensações físicas geradas por fontes internas e externas (cinco sentidos) e em situação de trauma, portanto, apresenta-se por meio de reações impulsivas e automáticas (133).

Cérebro Límbico: segunda camada do cérebro e organiza-se nos primeiros seis anos de vida, mas continua a evoluir quando acionado (7). Nessa estrutura, localiza-se a amígdala, o hipocampo e o hipotálamo, onde armazenam-se as emoções primárias e a memória recente e procedural (49, 138). Para Ross (133), o cérebro límbico gere as emoções como medo, raiva, tristeza e alegria, conecta-se ao neocórtex influenciando os processos cerebrais. Em contextos de trauma, permanece superativado e numa contínua resposta de luta, fuga ou congelamento.

Cérebro Racional ou Neocórtex: o último cérebro a desenvolver-se. É encontrado em primatas (107) e corresponde à camada superior do hemisfério cerebral, conhecido como cérebro superior. É responsável por regular as outras camadas do cérebro. Localiza-se no córtex pré-frontal, córtex motor e lobos parietais. Relaciona-se às funções cognitivas superiores, como linguagem, memória, atenção, aprendizagem, raciocínio e planejamento, além do controle volitivo sobre as contrações musculares. Levine (116), Ross (133) e Van Der Kolk (7) relatam que, na pessoa traumatizada, o neocórtex perde a capacidade de coordenar as outras camadas cerebrais e, conseqüentemente, de responder a situações de forma racional e lógica.

Teóricos como Silva (49) e Júnior (134) relacionam esse modelo neuroanatômico do cérebro a uma topografia evoluída do aparelho psíquico freudiano, em que id, ego e superego estariam “localizados” nesses três cérebros e onde as instâncias consciente, pré-consciente e inconsciente organizar-se-iam. Júnior (134) argumenta que existem diversas semelhanças entre as teorias tripartites sobre a mente humana de Freud e o modelo neurocientífico do cérebro triúnico. Desse ponto de vista, a teoria de Paul D. MacLean seria um complemento à teoria psicanalítica ao considerar que “[...] a etiologia de nossos conflitos internos humanos há de estar relacionada à falha de comunicação entre os nossos sistemas instintivo-afetivo e lógico-racional” (134).

Na perspectiva neurobiológica, Van Der Kolk (132) afirma que os “três cérebros” operam de forma articulada, sincrônica e adaptativa, em que várias estruturas cumprem o “papel” de articular as sensações, emoções e pensamentos. Nesse caminho, Levine (116) aponta o Giro do Cíngulo como uma importante região na comunicação do sistema límbico e o córtex, possuindo extensas conexões com inúmeras estruturas cerebrais como hipotálamo, amígdala e tronco cerebral: a “[...] estrutura que conecta o baixo-ventre primitivo, áspero, bruto e instintivo

aos lobos do neocórtex, mais complexos, refinados, informatizados” (116). Silva (49) também destaca o córtex orbitofrontal como importante estrutura que conecta as áreas sensoriais e o sistema límbico e tem por função regular os sistemas simpático e parassimpático, além de controlar a ativação do nervo vago no tronco cerebral, sendo esta, a região hiperativa no TEPT.

Sabe-se que o sistema nervoso humano se divide em: Sistema Nervoso Central, que corresponde ao cérebro e medula espinhal; e Sistema Periférico, formado por 12 pares de nervos cranianos e 31 pares de nervos raquidianos e que se subdivide em Sistema Nervoso Somático e Sistema Nervoso Autônomo. A função dos nervos é transmitir mensagens sensório-motoras entre cérebro, espinha e estímulo ambiental. O Sistema Nervoso Somático regula as ações voluntárias e a musculatura esquelética de todo o corpo. Talvinen (125) justifica que os sistemas somático e sensorial estão em constante interação.

O Sistema nervoso autônomo atua integrado ao sistema nervoso central e se organiza independente da nossa vontade, regulando as funções autônomas básicas do corpo. Possui dois subsistemas, o simpático e o parassimpático, com vias aferentes ao levar informações das vísceras ao SNC e eferentes com a missão de conectar o SNC às estruturas viscerais, músculos lisos e coração (5, 7, 49). O Simpático é responsável pela mobilização do organismo em situação de estresse e objetiva sua preservação e sobrevivência. Ao ser acionado, pode acelerar o batimento cardíaco, dilatar pupila, aumentar pressão sanguínea, e assim preparar o corpo para a resposta de luta/fuga, atua “[...] como o acelerador do sistema nervoso” (133). Levine explica que a escolha entre lutar ou fugir é realizada instintivamente e coordenada pelo cérebro reptiliano e límbico (107, 116).

Tradicionalmente, o parassimpático é visto como um sistema que promove o retorno do organismo ao estado de calma e organiza o relaxamento muscular, a redução do batimento cardíaco e a desaceleração da respiração, entre outras funções. Também age “[...] como freio e ajuda a descarregar a excitação do simpático” (133). Em um estudo mais recente, o neurologista Steven Porges fez importantes descobertas em relação ao ramo simpático e ampliou o entendimento desse complexo sistema da fisiologia das emoções e do trauma (6).

Na década de 70, em suas pesquisas com autistas, Stephen W. Porges aprofundou seus estudos no SNA e no X par de nervo craniano, o nervo vago, considerado o maior nervo

craniano que se estende do cérebro ao estômago. Esse pesquisador descobriu que, nos mamíferos, o sistema parassimpático divide-se em duas ramificações: a mais primitiva, o vago dorsal, vegetativo e não mielinizado, encontrado em todos os vertebrados; e o vago ventral mielinizado, encontrado nos mamíferos e em especial no ser humano (6). Originam-se no tronco cerebral e correspondem a 80% das fibras aferentes (sensoriais) e 20% de fibras eferentes (motoras), conectam-se ao sistema respiratório, coração e sistema gastrointestinal, além de regular de forma rápida a homeostase física do organismo (49). Esse sistema afeta as respostas emocionais e comportamentais no estresse ao inibir a influência do simpático e promover o nível metabólico (frequência cardíaca e respiratória) (132).

Enquanto o vago vegetativo promove uma regulação reflexiva passiva das funções viscerais, o vago ventral regula processos ativos de atenção, movimento, emoção e comunicação. “Estes dois sistemas são neuroanatomicamente distintos, têm ambas as origens ontogenéticas e filogenéticas diferentes e usam estratégias adaptativas diferentes” (135).

Nesse entendimento, filogeneticamente, o sistema autônomo começa com uma organização primitiva e vegetativa (vago dorsal) existente nos répteis, progride com a necessidade de sobrevivência, de luta e fuga (sistema simpático) e evoluiu nos mamíferos, especialmente no ser humano com a necessidade do relacionamento social (vago ventral), denominado pelo pesquisador de vago inteligente (6, 136, 137). O nervo vago nasce no núcleo ambíguo do tronco cerebral e se expande numa rede de fibras mielinizadas por vísceras e músculos da face, promovendo uma conexão direta com a regulação do coração e do sistema respiratório. Através do vago ventral, as interações sociais, por meio das expressões faciais, do discurso e da prosódia, estabilizam a ativação fisiológica, autorregulando o organismo e permitindo a organização que associa socialização com estados viscerais calmos. “[...] nesses contextos a evolução do sistema nervoso determina a variedade de expressões emocionais, qualidade de comunicação e a capacidade de regular o estado corporal e comportamental” (6).

De acordo com Porges (6, 136), o SNA é um sistema complexo ao conter fibras aferentes e eferentes periféricas, bem como estruturas neurais centrais, que respondem a estímulos internos e externos. Esse sistema origina-se no tronco cerebral e regula vários órgãos como glândulas lacrimais e salivares, suor, vasos sanguíneos, coração, laringe, brônquios,

pulmões, estômago, adrenal, rim, pâncreas, intestino, bexiga e órgãos genitais (49). Na perspectiva da Teoria Polivagal, o Sistema Nervoso Autônomo opera em um ritmo regulado e organizado denominado de “homeostase” e qualquer estímulo provocará a alteração desse equilíbrio.

A homeostase em mamíferos, afirma Scaer (5), implica numa alternância entre o sistema simpático e parassimpático e envolve temperatura corporal, oxigenação e frequência cardíaca. Porges (6) argumenta que: “[...] o controle neural do coração está neuroanatomicamente vinculado ao controle neural dos músculos do rosto e da cabeça”. Nesse sentido, Silva (49) relata que a frequência cardíaca no ser humano é instável e está diretamente relacionada com a respiração. Porges (6) afirma que existe uma amplitude na oscilação da frequência cardíaca associada com a respiração espontânea. E conforme Scaer (5), em situações de trauma, TEPT e fibromialgia, entre outras, evidencia-se uma baixa frequência cardíaca do organismo. Segundo Porges (6, 136, 137), esse sistema funciona como “freio vagal” que provoca a desaceleração do batimento cardíaco e a autorregulação. O trauma, defende Scaer (5), é uma interrupção da homeostase.

Inicialmente, Hans Selye, ao estudar o processo de adaptação de estresse no corpo, denominado por ele de “Síndrome de Adaptação Geral” (SGA), demonstrou o mecanismo de respostas neurofisiológicas do organismo diante de eventos considerados ameaçadores. Essa resposta envolve o hipotálamo, as glândulas pituitárias e adrenais no eixo conhecido como HPA, sendo responsável pelo abastecimento energético do corpo (49). No eixo HPA, origina-se a resposta hormonal do sistema endócrino do corpo, que se organiza constantemente para adaptar-se a um agente estressor ao liberar cortisol do córtex adrenal. Gomes (138) acrescenta que, diante de estímulos estressores (interno ou externo), o hipotálamo transmite a informação à glândula pituitária que se comunica imediatamente com as glândulas suprarrenais para liberar os hormônios de resposta.

Silva (49) aborda que, nesse processo, a pessoa percebe rapidamente a ameaça e o cérebro acessa a resposta de defesa adequada, a fisiologia é restaurada e o estresse dissipa-se. Nesse mecanismo, os centros afetivos subcorticais estão conectados ao sistema nervoso musculoesquelético somático por meio de descarga neuroadrenérgica e hormonal que prepara

o organismo para luta ou fuga, respostas consideradas como instintivas afetivo-motoras, segundo Boadella (114). Assim, os instrumentos fisiológicos são ativados com precisão a fim de proteger o corpo de qualquer ameaça, o que significa que existe uma resposta fisiológica adaptativa disponível no sistema para resgate da homeostase (6).

Sabe-se que o ser humano possui os mesmos mecanismos de respostas autonômicas que um animal e, diante de situação considerada ameaçadora, experiencia um ciclo de ativação-descarga. Primeiramente, diante de um evento estressor, o corpo entra em ativação: os músculos tornam-se tensos, a respiração acelera, os batimentos cardíacos aumentam e a pessoa começa a procurar pela fonte ou origem do perigo. Quando este é percebido como real, entra-se no segundo estágio, ainda de ativação. Mobilizados, o corpo e a mente começam a produzir adrenalina e cortisol, componentes que oferecem energia para a terceira etapa, que corresponde à ação defensiva de ataque ou fuga. Ao término dessa ação, tem-se o último estágio: quando a descarga é completada, o sistema nervoso volta ao seu estado de equilíbrio e o organismo retoma sua homeostase (5, 107, 132). Scaer (5, 115) acrescenta que o trauma é, portanto, caracterizado pela interrupção da homeostase.

Contudo, se o organismo continua estimulado, o sistema nervoso permanece em ativação e hipervigilância e entrará literalmente num colapso, afirma Scaer (5, 115). O que significa, em termos neuroquímicos, um excesso de cortisol, adrenalina, endorfina e opioides na corrente sanguínea. Sabe-se que o excesso de cortisol no organismo pode danificar os neurônios do hipocampo, prejudicar a memória e suprimir o sistema imunológico, além de causar desgaste muscular e decomposição dos tecidos e conseqüentemente provocar adoecimento e patologias (132). Gomes (138) ratifica que pode ocorrer prejuízo no processo da memória e do pensamento, morte celular generalizada, diminuição da capacidade de desenvolvimento e problemas físicos associados à função tireoidiana, desequilíbrios da glicemia, pressão arterial elevada e imunidade reduzida. Em níveis elevados, destaca Gomes (138), os opiáceos bloqueiam a dor física e emocional.

Com base em estudos e neuroimagens, sabe-se que o trauma provoca alterações neurobiológicas e danos cerebrais no organismo e está condicionado ao circuito do medo ao envolver várias áreas cerebrais (131, 132). Van Der Kolk relata que pessoas com intensas

emoções como medo, raiva, tristeza ou alegria tiveram aumento do fluxo sanguíneo cerebral no córtex orbitofrontal, ínsula, amígdala e uma desativação relativa no córtex pré-frontal, especificamente na área de Broca, o centro da fala expressiva (área necessária para comunicar o que se está pensando e sentindo). Isso comprova que, quando as pessoas relembram um trauma, elas ativam regiões cerebrais mais primitivas, enquanto diminuem a atividade das estruturas cerebrais superiores (131).

O hipocampo é outra estrutura afetada pelo trauma. Componente do sistema límbico, ele faz conexões com o córtex pré-frontal e está envolvido com a aprendizagem, sendo responsável por transformar memórias de curto prazo em memórias de longo prazo, relacionando-as com tempo e lugar. Ao receber da amígdala memórias emocionalmente carregadas (inconscientes), converte-as em memória explícita consciente. Assim, assume também um papel de regular a excitação cerebral e influenciar o estado mental de uma pessoa (49). Gomes (138) acrescenta que o hipocampo recebe as informações sensoriais, codifica-as em dados contextuais e temporais, e quando o circuito de defesa entra em ação, processo de baixo para cima, ele:

“[...] entra num modo fragmentado ou refratário, onde há menos recursos disponíveis para codificar as novas informações, o que explica porque muitas vítimas conseguem lembrar-se de sons, cheiros e outros aspectos de um ataque, mas não conseguem colocá-los numa ordem sequencial ou informar quando ocorreram” (138).

Van Der Kolk (131), em seu estudo, demonstrou que, em contínua ativação, o hipocampo perde massa celular com conseqüente diminuição do tamanho e prejuízos na memória de curto prazo e de comportamento (desinibição e impulsividade).

Segundo estudos de LeDoux (139), Damásio (140), Van Der Kolk (132) e Scaer (5), a amígdala também sofre alterações com a sobrecarga emocional. É uma estrutura anatômica, responsável pela formação de memória condicionada de medo ou memória procedural. É inconsciente, implícita, desenvolve-se no período fetal e funciona desde o nascimento. Permite as reações “intuitivas” e tem a função de monitorar o organismo em busca de estímulos sensoriais e prepará-lo para agir ao sinal de perigo. A ansiedade, pânico e fobias

estão vinculadas à ativação da amígdala (49). A amígdala recebe informações tanto do córtex-cerebral (de cima para baixo), de forma mais organizada e complexa, quanto do tálamo, de forma rápida e primitiva. Isso explicaria as reações emocionais sem envolvimento cognitivo (de baixo para cima).

Essa estrutura conecta-se com o tronco cerebral que distribui suas saídas para o Sistema Nervoso Autônomo - que coordena as respostas de congelamento e a imobilidade - e para o hipotálamo - que comanda as respostas endócrinas do eixo HPA. LeDoux (139) afirma que, uma vez formada a memória condicionada de medo, ela pode durar para sempre. Scaer (5) argumenta que mesmo que o estímulo aversivo não exista mais, a amígdala retém a ameaça como presente, por meio de uma memória inconsciente (procedural). Segundo Silva (49), sob ameaça, o cérebro sintoniza com esses “marcadores somáticos” (141), armazenados nessa memória procedural (amígdala). Isso implica dizer que mesmo que o evento tenha terminado, ainda permanece um “reservatório” de pistas percebidas como traumáticas na amígdala. Nesse sentido, a autora defende que a descarga do congelamento é necessária para extinção da memória procedural do trauma.

Esse circuito é chamado de “Vórtice de Trama” por Levine (107, 116) e se refere ao impulso inconsciente do organismo para repetição dos acontecimentos traumáticos. Durante esse processo, as próprias sensações físicas de imobilidade acionam o medo e a pessoa é condicionada a ter medo das sensações internas, o que gera paralisia e medo dessas sensações de paralisia, as quais geram mais medo e uma paralisia ainda mais intensa. Comumente, nas situações traumáticas, o sentimento de medo e a sensação de impotência estão intimamente acoplados à imobilidade. Como aborda Levine (116): “O medo tanto aumenta e prolonga a imobilidade quanto torna o processo de sair da imobilidade assustador e potencialmente violento” (116).

O estado de medo ou estresse é percebido como sensações corporais desagradáveis: tensão muscular, tensão no estômago, tremores, fraqueza, aumento ou diminuição da pressão arterial e do ritmo cardíaco, mãos suadas e frias, hiperventilação, respiração superficial ou insuficiente. Esses indicadores são chamados de “sinalizadores dos estados subcorticais” ou “estados emocionais e viscerais ativados”. Eles podem acionar aspectos da memória traumática

(implícita ou procedural) e, mesmo não sendo percebidos conscientemente, aumentam o sentimento de medo. Dessa forma, é possível entrar em um ciclo de resposta de fuga que provoca terror, pânico, raiva ou colapso (142). Esse tipo de resposta, na Psico(terapia) Corporal, denominam-se “trauma de inundação” ou “retraumatização”.

Além desse processo de “inundação”, o organismo pode ainda recorrer ao mecanismo de dissociação, vinculado ou não ao estado de congelamento. Para Levine (107, 116), a estratégia de testemunhar o evento traumático como se estivesse distante do corpo “[...] ajuda a tornar suportável aquilo que é insuportável” (107). A dissociação é um mecanismo de defesa que objetiva “preservar” a integridade de uma pessoa que vivencia situações extremamente impactantes e avassaladoras. O sistema nervoso autônomo libera uma intensa carga de endorfina e opioides que objetivam anestésiar o corpo e poupá-lo de dor e sofrimento. Nessa resposta pode ocorrer perda da memória e sensações de desorganização, anestesia e paralisia em partes do corpo, o que, segundo Scaer (5), implicaria no Transtorno de Conversão Histórica.

Nesse processo, a dissociação tem um papel importante na preservação da integridade do organismo ao proteger a pessoa de imagens desconfortáveis e sensações dolorosas. Contudo, paradoxalmente, esse mecanismo pode desencadear na pessoa um senso de “incapacidade” na busca da resolução dos sintomas e no enfrentamento das dificuldades da vida e “aprisioná-la” nas sensações de impotência e paralisia (5, 49, 115). Neste sentido, Van Der Kolk (7, 132) afirma que a dissociação constitui a essência do trauma.

Ao descrever os complexos processos biológicos envolvidos nos mecanismos de sobrevivência do organismo, a Teoria Polivagal de Porges (6, 136, 137) corrobora os trabalhos de Levine (107) e Berceli (1) no entendimento de questões estressoras e traumáticas. O termo “neurocepção” foi criado por Porges para explicar como os circuitos neurais avaliam situações e pessoas como perigosas, ameaçadoras ou seguras. A neurocepção acontece nas regiões mais primitivas do cérebro, de forma inconsciente, mesmo que o perigo não tenha sido percebido de maneira consciente. O corpo, por meio de um processo neurofisiológico rápido, organiza as respostas adaptativas de defesa. Essas respostas vinculam-se ao desenvolvimento do SNA e se organizam para manter a integridade e sobrevivência do organismo. Inicialmente, tem-se a

resposta de comunicação e engajamento social, regida pelo nervo vago ventral, que promove comportamentos de confiança, relaxamento e tranquilidade. A segunda resposta é a mobilização, vinculada aos comportamentos de luta e fuga. Ela depende do sistema nervoso simpático e associa-se ao aumento da atividade metabólica, tensão muscular e frequência cardíaca acelerada. O último recurso é a resposta de imobilização ou congelamento, primitiva e dirigida pelo ramo vago dorsal (6).

Nos animais é comum um comportamento de “fingir-se de morto” e no ser humano um desligamento, tônus muscular fraco, frequência cardíaca baixa, respiração reduzida e queda da pressão sanguínea. Levine (107), Van Der Kolk (132) e Scaer (5) explicam que esse mecanismo é acionado apenas quando a pessoa percebe que a morte é eminente ou quando há estresse intenso e contínuo, seja externo, devido a uma ameaça mortal, seja interno, devido a uma doença ou lesão grave. Nesse mecanismo, as sensações de desamparo, angústia e impotência fazem-se presentes.

Os sintomas traumáticos são consequência do resíduo de energia congelada que permaneceu preso no sistema nervoso e não foi descarregado. Em outras palavras, o trauma relaciona-se a um mecanismo biológico, resultado de uma sobrecarga de estímulos em que as estratégias de luta e fuga foram impedidas e houve a contenção de uma tensão (resíduo energético) que permaneceu estagnada no organismo (6, 7, 107, 116, 143). Para Levine (107, 116), o trauma decorre, portanto, de uma falha na ativação fisiológica natural de resposta do organismo. A pessoa experimenta uma situação potencialmente ameaçadora à sua vida e que suprime sua capacidade para responder de modo eficaz. Isso pode conduzi-la a um estado de dissociação, fuga da realidade, perda do senso de si mesmo, embotamento afetivo e pensamentos recorrentes, resultando em considerável sofrimento (117). Nessa direção, o autor acrescenta que “[...] o trauma choca o cérebro, atordoia a mente e congela o corpo. Ele esmaga suas infelizes vítimas e as lança à deriva em um mar agitado de tormento, desampara e desespero” (115, tradução nossa).

Nesses termos, Boggio (47) aponta a necessidade de três condições para a instalação do trauma: a) o corpo perceber a situação como potencialmente amedrontadora; b) a pessoa perder a capacidade de enfrentar o perigo de maneira positiva e eficaz; e c) o organismo ser

incapaz de descarregar a energia que o corpo mobilizou ao deixar o Sistema Nervoso em estado de choque.

As Psico(terapia) do Trauma propõem-se, portanto, a desacoplar o medo da imobilidade, ajudando a pessoa gradativamente a vivenciar as sensações de congelamento sem medo, para, deste modo, retomar e restaurar o equilíbrio do sistema (6, 144, 49, 116).

Sustentado nesse pressuposto, Porges (6, 136) argumenta que, através da neurocepção, novos circuitos neurais são criados e podem contribuir com a saúde e a cura do organismo - por meio da liberação de ocitocina ou por meio da promoção de estratégias defensivas de luta, fuga ou congelamento. O autor acrescenta que, em contexto de segurança, ocorre um ajuste neurofisiológico do metabolismo em que as respostas ao estresse associadas com luta e fuga, com o aumento da FC (frequência cardíaca) e do cortisol, acionados pelo sistema simpático e pelo eixo hipotalâmico-pituitário e adrenal, são contidas. Contudo, alerta Porges (6), em contextos de estresse crônico ou medo, as respostas adaptativas (luta, fuga, congelamento) tornam-se inadequadas e podem provocar danos e prejuízos ao organismo. Isso, para o autor, implicaria clinicamente em problemas psicopatológicos.

Nesse sentido, Hossel (135) declara que os processos de cura precisam realizar-se em condições de segurança e devem ter como alvo a facilitação das sensações de segurança na pessoa. Essa afirmação encontra sustentação nas ideias de Porges (6), quem propõe um contexto de confiança, segurança e amor que permita a pessoa desligar-se de suas defesas e gradualmente desacoplar o medo da imobilidade. As sensações agradáveis e de segurança promovem o engajamento social e resultam da regulação vagal que eleva a níveis elevados o hormônio oxitocina no sistema nervoso. Contudo, se isolado ou em situação de ameaça, o ser humano perde a regulação vagal e torna-se hipervigilante (6).

O engajamento social constitui-se na integração entre o sistema somatomotor, que regula os músculos estriados da face, e o visceromotor, que regula o coração por meio de um vago mielinizado. O sistema é capaz de amortecer a ativação do sistema nervoso simpático e a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Ao acalmar as vísceras e regular os músculos faciais, esse sistema permite e promove interações sociais positivas em contextos seguros.

Van Der Kolk (132) verificou que pessoas traumatizadas possuem uma imagem corporal negativa e apresentam dificuldades em atender suas sensações e percepções internas. Além disso, lembrarem-se de experiências passadas, os “marcadores somáticos” são acionados e ocorre o aumento do medo. Levine (116) aponta que em contextos de traumas, as pessoas perdem a capacidade de percepção corporal e ficam presas no congelamento e na dissociação, evitando as sensações corporais e a ativação. Destarte, o pesquisador defende a necessidade de ajudar a pessoa a regular sua capacidade de tolerar as sensações extremas, pois, desse modo, poderá modular as sensações e sentimentos desconfortáveis e aumentar o nível de tolerância e resiliência e gradualmente liberar os resíduos traumáticos. Nesse sentido, Silva (49) acrescenta que, para curar o trauma, a pessoa precisa aprender a confiar nas mensagens que o corpo está enviando

Com essa compreensão, Levine (116, 117) propõe o foco nas sensações corporais internas e periféricas do corpo (interocepção e propriocepção). Esse recurso envolve o campo sinestésico, proprioceptivo, vestibular e os receptores viscerais e objetiva a regulação do trauma e a reestruturação cognitiva. Isso porque o organismo torna-se capaz de liberar as memórias implícitas (memória de registro emocional, inconsciente), memórias estas armazenadas na amígdala (142). Para Payne et al. (142), sem contato com os estímulos interoceptivos, a pessoa reduz a capacidade de avaliar o ambiente. Levine (116) ressalta que ao perder a capacidade de autopercepção perde-se também a possibilidade de se conectar às sensações de prazer, conforto e vitalidade.

Van der Kolk (132) demonstrou que a interocepção é necessária para que a pessoa possa “[...] identificar suas sensações físicas e traduzi-las em emoções e sentimentos comunicáveis [...] e aprender a se sentir seguro com essas sensações” (p. 6, tradução nossa). O pesquisador afirma que a eficácia de uma terapia do trauma relaciona-se com o trabalho com experiência física e a autoconsciência corporal da pessoa, evitando o foco na narrativa.

MacCann (4) acrescenta que as intervenções tradicionais no tratamento do estresse e trauma concentram-se em aspectos cognitivos e emocionais por meio da fala e que numa perspectiva sociocultural esses métodos são ineficazes para muitas pessoas, especialmente de culturas não ocidentais. Nesse sentido, Nole-Hoeksema (citado por 4) argumenta que em muitas

sociedades o sofrimento psicológico é comunicado através de sintomas corporais de dor e em outras culturas há uma proibição de discutir os problemas pessoais fora do contexto familiar ou comunitário. A questão socioeconômica também se mostra como um empecilho para o tratamento do estresse e trauma de acordo com o autor.

Outro aspecto apontado por MaCann (4) relaciona-se com as dificuldades dos psicólogos tradicionais de incluírem e trabalharem com o corpo no tratamento, haja visto, segundo esse autor, que o estresse e o trauma, na perspectiva da neurociência, são respostas neurofisiológicas e localizam-se em áreas subcorticais antigas como tronco cerebral e sistema límbico. Desta forma, são mais difíceis de serem acessadas diretamente por meio das (psico)terapias focadas na conversação (coordenadas pelo córtex pré-frontal).

Nesse sentido, Van der Kolk (132) argumenta que práticas que se utilizam da respiração, do movimento corporal e da interocepção contribuem para o tratamento de pessoas traumatizadas ao recuperar a sensação física de autoproteção e defesa e estimular o contato com o prazer e a alegria. Scaer (5) aponta que a interocepção pode resultar em tremores ou movimentos mais estereotipados no corpo, enquanto Payne et al. (142) postulam que, na perspectiva das terapias somáticas, o tremor é importante numa intervenção terapêutica. Silva (49) argumenta que ao utilizar o estado corporal, o toque e o movimento, cria-se um modelo de práticas inovadoras e integrativas.

Berceli (70) assinala que toda experiência de ansiedade ou estresse afeta o corpo físico e desencadeia contrações musculares profundas, o que Silva (49) confirma ao dizer que situações estressoras criam, no organismo, uma tensão muscular resultante da ativação crônica das redes neurais de resposta à ameaça - o que limita os movimentos e pensamentos e pode resultar em uma rigidez física e mental. Assim justifica-se que o sistema neuromuscular seja incluído nas terapêuticas de liberação do trauma. Macedo (120) argumenta que as técnicas que atuam sobre o campo somático como a TRE são fundamentais para o equilíbrio das respostas de estresse traumático congeladas na musculatura e nos tecidos, pois possibilitam o estabelecimento de novas conexões cerebrais e a modificação de sintomas psicossomáticos.

“Berceli (1) proposes that TRE represents a viable alternative and/or adjunct to the talking cure and may redress the potential problems highlighted with

regard to the accessibility and applicability of such a treatment for stress-induced psychopathology. This body-based intervention targets the subcortical neurophysiological processes of the limbic system, making it universally and thus multi-culturally appropriate. There is also no need to actually talk about the stressful issue or problem, and once an individual has learned the technique, it can be used as a self-help technique, making it cost-effective” (4).

Para Payne et al. (142), o sistema nervoso possui recursos para liberar o excesso de ativação. Esses recursos envolvem movimentos espontâneos como o choro e o tremor. Apoiado nos estudos de Levine (107), Scaer (115) e Van Der Kolk (132), Bercei (1) defende que o tremor é um mecanismo inato primitivo e de sobrevivência dos mamíferos e como tal deve ser resgatado para cura do trauma em seres humanos. São denominados de “Tremores Neurogênicos” e foram “projetados” para vibrar ou chacoalhar o corpo após uma experiência altamente estressora objetivando liberar as tensões. “When the stress response becomes imbalanced or damaged this sets in motion a vicious repetition compulsion cycle of unconscious, involuntary and instinctual neurophysiological processes which remain ‘activated’ (4).

Segundo Nakamura e Morrison citados por Payne et al. (142), o tremor é desencadeado na área pré-óptica, no hipotálamo, e relaciona-se com a termogênese. Levine (107) acrescenta que o tremor neurogênico é uma ação natural inata, reflexiva e vibratória dos músculos em resposta aos estressores. A musculatura é coordenada pelo sistema nervoso autônomo, que atua sobre os processos neurológicos instintivos, independentes da atividade cortical. O incentivo desse processo fisiológico pode conduzir a uma ativação do Sistema Simpático e à expressão das reações defensivas e, conseqüentemente, facilitar uma resposta parassimpática. Dessa forma, contribuir-se-á com o retorno das funções basais do SNA (4, 142).

As contrações musculares devem ser liberadas por meio dos tremores de modo a restabelecer o estado de relaxamento e prevenir o desenvolvimento de dores físicas e danos à saúde. Os tremores diminuem a resposta automática de luta/fuga e/ou congelamento do sistema nervoso autônomo, promovendo uma vibração que libera energia e tensões acumuladas nos músculos e tecidos conjuntivos do corpo. Bercei (1, 111) explica que após acionados,

naturalmente esses músculos necessitam descarregar as tensões e voltar ao estado de relaxamento e que os exercícios comumente provocam prazer, relaxamento e bem-estar.

Weigand (96) aponta que, numa situação de excitação excessiva do organismo, podem ocorrer dois tipos de comportamento motor: um controlado pelo neocórtex (voluntário) e o outro, pelo sistema límbico (involuntário). Uma descarga involuntária pode associar-se ao funcionamento do sistema límbico e provocar descarga da excitação de forma brusca, alcançando tensões profundas e inconscientes. Na realização da TRE, estimula-se de forma segura e gradual um tremor involuntário que poderá reverberar para todo o corpo e percorrer a musculatura, os órgãos e os tecidos por meios das fáscias, provocando, desse modo, a homeostase do organismo ao acionar o sistema nervoso autônomo (SNA). Payne et al. (142) ainda ressaltam que, mesmo ocorrendo de forma involuntária, os tremores podem ser interrompidos conscientemente.

Aponta-se o Sistema Fascial como mecanismo importante na TRE. Esse sistema, de acordo com Myers (145), consiste num contínuo tridimensional de tecidos conectivos moles, contendo colágeno, frouxos e densos que permeiam o corpo. O tecido miofascial reveste e interpenetra todos os músculos, ossos, nervos, artérias. É repleto de terminações nervosas, sendo percebido como o maior órgão proprioceptivo. Ele proporciona ao corpo uma integração ao envolver todas as funções e estruturas orgânicas, ou seja, “tudo” no corpo conecta-se pelas fáscias. A fáscia é análoga a uma teia de aranha que conecta todo o corpo numa rede sem fim. Mais claramente, essa “teia” nada mais é do que um tecido conjuntivo fibroso (145). O estudo da fáscia amplia a compreensão do sistema nervoso em complexa rede de conexões. Silva (49) aponta que as células musculares movem-se pelas redes fasciais e, quando o corpo estrutural é tocado, para se adaptar, essa rede muda constantemente de forma, composição química e propriedades físicas. Assim, considera-se que a TRE pode percorrer todos os órgãos e regiões do corpo por meio do tecido miofascial, liberando “memórias” e tensões.

De acordo com Miranda e Santos (145), quando o mecanismo de tremores do músculo Psoas é acionado, esses tremores podem estenderem-se ao corpo todo, agirem sobre tensões crônicas profundas e dissolvê-las num processo natural e autorregulável. Payne et al. (142) denominam esse processo de “Completo biológico”, referindo-se à necessidade do

organismo de completar as respostas de defesa. De acordo com Berceli (1, 78, 109), diferentemente de outras formas de exercícios que liberam tensões num nível superficial, pois não entram na profundidade do músculo, os exercícios da TRE buscam dissolver as tensões profundas (courage energética) oriundas de experiências traumáticas ou estressantes que atingiram o grupo de músculos Psoas. Berceli afirma que “Freud reconheceu que existia uma parte inconsciente da mente e ajudava o paciente a acessar [...] estamos fazendo a mesma coisa, pelo mecanismo do tremor ajudamos a pessoa a acessar a parte inconsciente do corpo” (informação verbal⁸, tradução nossa).

Os tremores iniciam-se comumente na parte superior das coxas, acessando o músculo Psoas e depois alcançam a pélvis, lombar, espinha, pescoço, braços e mãos, ou podem ser percebidos em partes distintas do corpo e sentidos de diferentes formas por meio da interocepção e propriocepção: “The physical sensation of neurogenic tremors is most commonly described as a mild vibration or shaking of the muscles” (109). Silva (49) argumenta que o Psoas é músculo-chave para a autorregulação do organismo. Ele está ligado aos nervos do sistema simpático e parassimpático e, pela medula espinhal, conecta-se ao sistema límbico e à área do hipotálamo. É, pois, a ponte entre a atividade motora e a emoção. Os músculos das vísceras, os órgãos do tórax e abdômen operam por mensagens e informam ao cérebro sobre seu bem-estar emocional (5).

David Berceli (1, 78, 79) afirma que se os resíduos de energia gerados pela situação traumática não forem descarregados, permanecerão aprisionados em um círculo bio-neuro-físico, provocando uma tensão crônica nos músculos e um permanente estado de alerta ou imobilidade corporal. Recuperar a capacidade da resposta de defesa organismo por meio do tremor torna-se imprescindível para a saúde física e emocional da pessoa. A resposta neurogênica “enviará” uma mensagem ao cérebro informando que o perigo passou e ele poderá desligar seu estado de alerta e retomar sua homeostase. Em outras palavras, o tremor provoca

⁸ Informações concedidas à pesquisadora pelo Doutor David Berceli por meio de uma entrevista gravada na cidade de Florianópolis no mês de novembro de 2017.

uma descarga dos excessos bioquímicos produzidos pelo organismo durante as respostas de sobrevivência (fuga, luta e congelamento).

Alinhada aos pressupostos da Teoria Polivagal, a TRE atua no organismo “de baixo para cima” (6, 146), em que a liberação da resposta de imobilidade vago dorsal “[...] resulta na expressão de movimento de tremor como parte do mecanismo inato do corpo para descarregar a excitação simpática e diminuir a regulação do SNA para um estado vagal ventral mais calmo e relaxado (127).

Neste capítulo demonstrou-se a TRE em suas várias perspectivas, origens, características, fisiologia, função e terapêutica. Esse método, por meio do tremor, ao atuar na neurofisiologia do trauma, é capaz de promover a restauração do organismo e o equilíbrio entre corpo-mente. Com esse olhar, o potencial da técnica revela-se quando ela propicia a criação e recriação de novas conexões neurais e conseqüentemente de novas possibilidades de curas para pessoas em sofrimento.

CAPÍTULO 4 - PERCURSO METODOLÓGICO: RESGATE DA TRAJETÓRIA DA INVESTIGAÇÃO

4.1. A Epistemologia Qualitativa como recurso de investigação

Para realização deste estudo, recorreu-se à Epistemologia Qualitativa como metodologia de investigação e ao Estudo de Caso como modalidade de pesquisa. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados: observação participante, entrevista aberta, diário de campo e gravação em áudio dos relatos das participantes. Os dados foram tratados e interpretados à luz da Análise Narrativa (147) e da Análise Construtiva-Interpretativa (148-150) acrescidos de elementos da Análise de Conteúdo (151).

Segundo González Rey (149), o termo “qualitativo” denota uma visão diferente em relação ao fazer científico em que novas metodologias de conhecimento se apresentam no estudo da realidade. Diante disso, o autor denominou esse modelo de pesquisa de “Epistemologia Qualitativa”. Minayo (151) postula que:

“O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (151).

Autores como Ludke & André (152), Triviños (153), Minayo (151, 152), González Rey (149, 150) e Turato (155, 156) apresentam importantes características da pesquisa qualitativa:

O ambiente natural constitui-se como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave: o trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele (154).

Os dados coletados são predominantemente descritivos: apoiada na Fenomenologia, a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e pautada na pesquisa qualitativa do tipo histórico-estrutural. Além de descrever, irá buscar as causas do fenômeno, explicando suas origens, suas relações e suas mudanças (153).

Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente: a pesquisa qualitativa parte do fenômeno social. Nesse aspecto, os pesquisadores não se preocupam em comprovar hipóteses definidas aprioristicamente, mas em estudar o fenômeno e seus participantes no percurso da investigação e com base num quadro teórico que oriente a coleta de dados (152).

O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa: nesse tipo de pesquisa, há uma preocupação em compreender a significação dos fenômenos a partir da perspectiva do participante. Para Turato (155, 156), a busca pelo significado dos fenômenos torna-se essencial na pesquisa qualitativa, especialmente nos contextos da saúde, pois, segundo o autor, conhecer as significações torna-se importante para a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados no processo saúde-doença.

O pesquisador apresenta-se como principal instrumento da investigação em campo: o investigador é concebido como instrumento principal na coleta de dados, visto que são as suas percepções que apreendem o fenômeno investigado (157). Turato acrescenta que o investigador tem a autonomia de produzir sua teoria a partir das informações encontradas em campo (155). Turato, ainda enfatiza que esse método propicia, na área da saúde, uma postura acolhedora do pesquisador diante das angústias e ansiedades do investigado.

Com esse entendimento, González Rey (149, 150) aponta as exigências epistemológicas que sintetizam os princípios da Investigação Qualitativa:

O conhecimento é visto como uma produção construtiva-interpretativa: a análise e a interpretação do conhecimento são elaboradas de acordo com a necessidade de dar significado ao objeto estudado e no desenrolar da pesquisa.

O caráter dialógico é essencial na investigação qualitativa: o diálogo e a comunicação entre investigador e investigado são elementos imprescindíveis na qualidade da informação produzida durante a pesquisa. E esse diálogo irá criar um clima de segurança, interesse e confiança no sujeito, favorecendo o desenvolvimento da pesquisa. E nessa perspectiva, o pesquisador assume uma postura de participante ativo, interage subjetivamente com o sujeito pesquisado, não apresentando a “neutralidade” defendida tradicionalmente (157).

Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento: a singularidade passa a ser expressiva na pesquisa qualitativa, ao revelar-se como uma realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do investigado. A pessoa não é uma máquina, ela possui características, sentimentos e expressões próprias, e se posiciona frente a estímulos e questionamentos. Nesse paradigma, o pesquisado envolve-se com o contexto e com o pesquisador, bem como com os objetivos pelos quais o pesquisador aproxima-se dele. Lembrando que não há como separar as características psicológicas da pessoa do contexto em que elas se expressam (148 - 150). O investigado torna-se, nessa pesquisa qualitativa, um sujeito ativo, participante, produtor de conhecimento e intelectualidade, influenciado pela presença e interação do investigador

Nesse aspecto, a investigação é um processo dialógico e gera uma modificação não só na relação entre investigado e investigador, mas no conceito de instrumento de investigação e na forma de construção de conhecimento. Vale enfatizar que o investigador, nesse tipo de pesquisa, não se preocupa com a acumulação de dados, mas sim com a produção de ideias e explicações a partir dos indicadores construídos no desenrolar da investigação, ou seja, os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não somente com os resultados e o produto: “[...] como se processam os fenômenos é o alvo do interesse do pesquisador, e não o produto das correlações em si” (155).

González Rey (149, 150) defende que nesse modelo de investigação, é necessário criar o “cenário de pesquisa”, que se refere ao contexto no qual se produz a pesquisa e sobretudo permite a expressão do sujeito em seu sentido subjetivo. O cenário de pesquisa nada mais é do que a criação por parte do pesquisador de um ambiente físico e psicológico, que possibilite o diálogo e a expressão do sujeito pesquisado.

Esse cenário torna-se importante na medida em que permite ao sujeito liberdade e interesse em participar da pesquisa possibilitando a construção de sentidos subjetivos. Por essa razão, os sujeitos têm que participar da investigação de forma voluntária e consciente das situações que poderão enfrentar durante o seu desenvolvimento. É importante ressaltar o quanto os momentos de pesquisa criam um “clima” favorável, de intimidade, entre pesquisador e

pesquisado. Isso permite ao sujeito colocar-se de forma diferente frente a sua vida, posicionando-se frente a ela, e até mesmo reconfigurar sentidos subjetivos.

Ao entrar em contato com o campo, o pesquisador irá manter uma relação constante de diálogo e comunicação com o pesquisado, até mesmo quando utiliza diferentes instrumentos, que nesta metodologia servem como indutores de informação, como facilitadores que irão estimular as expressões dos sujeitos (150). Nesse sentido, o trabalho de campo pressupõe não apenas a aplicação de instrumentos preconcebidos, mas a construção constante de sistemas de relações, capazes de gerar informações em sua própria dinâmica.

O pesquisador orientado pelo enfoque qualitativo tem ampla liberdade teórica e metodológica para realizar seus estudos, contudo deverá estar atento às exigências de um trabalho científico, que deve ter uma estrutura coerente, consistente, original e obter um nível de objetivação que resulte na aprovação dos cientistas (158). A força do rigor desta pesquisa encontra-se na validade dos dados coletados, ou seja, naquilo que é apreendido pela consciência do pesquisador e na relação de profundidade com o fenômeno analisado (150). Nesse tipo de investigação, não há uma preocupação em replicar e comprovar as informações obtidas, mas sim compreender os significados dos dados e produzir conhecimento. A possibilidade de avançar na construção teórica do objeto estudado é o que confere legitimidade ao conhecimento (149). Por isso, os estudos devem ter continuidade e congruência. Por continuidade, entende-se a capacidade da teoria de integrar novas zonas de sentido ao que está sendo estudado, e por congruência a possibilidade de a teoria enfrentar momentos de ruptura, mas conservando sua integridade e assim enunciar sua capacidade para assimilar novas construções.

Outro aspecto importante a ser pontuado na investigação qualitativa é a discutida Generalização do Conhecimento. Turato (155) justifica como incabível a crítica da não reprodução dos resultados, pois, nesse tipo de pesquisa, o objetivo principal é dar expressão ao singular. A generalização pressupõe a construção de novas teorias e conhecimentos apresentados pelo pesquisador, cabendo ao leitor a empregabilidade de tais construções para novos casos e contextos.

O uso de diferentes instrumentos de pesquisa é comum na pesquisa qualitativa (159). González Rey (150) acrescenta que os instrumentos devem integrar formatos orais e

escritos e abrir espaço para o diálogo. Esses instrumentos poderão ser revistos e recriados de acordo com a necessidade da investigação.

“El instrumento es una herramienta interactiva, no una vía objetiva generadora de resultados capaces de reflejar directamente la naturaleza de lo estudiado con independencia del investigador. En este sentido, el instrumento es susceptible de una multiplicidad de usos dentro del proceso investigativo que no se limitan a las primeras expresiones del sujeto frente a él” (149).

Na presente pesquisa, utilizou-se o Estudo de Caso. Este, de acordo com Ludke & André (152), refere-se à investigação daquilo que é singular e que tem valor próprio, pois busca retratar a realidade de forma complexa e profunda. Para Chizzotti (157), o Estudo de Caso é definido como:

“[...] caracterização abrangente que designa uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora” (152).

Segundo Ludke & André (152), essa modalidade de pesquisa apresenta importantes características: objetiva novas descobertas, valoriza o contexto da investigação, utiliza-se de diversas fontes de coleta de dados, valida os relatos das experiências do pesquisador (generalizações naturalísticas), reconhece as diferentes perspectivas existentes no contexto social e utiliza uma linguagem clara e acessível na elaboração dos relatórios.

Triviños (153) relata que o pesquisador no Estudo de Caso coleta dados de um caso particular ou de vários casos com objetivo de organizar, analisar e avaliar uma experiência, ou avaliá-la analiticamente. Gil (160) explica que o estudo de caso refere-se a um estudo aprofundado sobre uma realidade, sendo utilizado em diversos contextos e aplicável para um indivíduo, uma organização, um grupo ou um fenômeno. Além disso, constitui-se tanto de um único quanto de vários casos. Para esse autor, esse método permite: explorar situações da vida real, preservar a unidade do objeto estudado, descrever a situação no contexto da investigação, formular hipóteses ou desenvolver teorias e explicar as múltiplas causas variáveis causais de fenômeno complexos. Yin (161) complementa que o estudo de caso é uma estratégia

importante quando se pretende responder questões relacionadas ao “como” e ao “por que” de uma investigação e quando o pesquisador não tem controle sobre os acontecimentos e o fenômeno está relacionado ao contexto da vida real.

Essa investigação utilizou como instrumentos de coleta de dados:

Observação participante: realizada por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado. Tem como objetivo a coleta de informações em seu contexto natural a partir da perspectiva teórica e de pontos de vista do pesquisador. A descrição e a compreensão são fundamentais para a utilização dessa técnica, a qual demanda a utilização de registros adequados que garantam a confiabilidade dos dados e minimizem impressões e interferências subjetivas (156).

Entrevista aberta (Apêndice A): na entrevista, o pesquisado é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador visam o aprofundamento das reflexões (151). A autora acrescenta que no uso desse instrumento os assuntos não seguem uma sequência rígida, mas são conduzidos pelo pesquisador de acordo com a relevância atribuída a eles. É importante também ressaltar que as perguntas utilizadas não nascem *a priori*, mas são resultados das teorias que o investigador utiliza e das informações que ele recolheu sobre o fenômeno social estudado. As entrevistas, na nossa pesquisa, envolvem o resgate da história de vida, fazendo referência à coleta de informações contidas na vida pessoal do sujeito (153). Bastos e Andrade (162) assinalam que as histórias de vida são produzidas nas entrevistas, e que a sua análise objetiva compreender o desenvolvimento e a construção da subjetividade dos entrevistados.

Protocolo “completar frases” (Apêndice B): é “[...] um instrumento que nos apresenta indutores curtos a ser preenchidos pela pessoa que o responde” (150) e pode revelar o sentido e o significado de determinado fenômeno para o pesquisado no momento da investigação. Possibilita levantar indicadores e hipóteses sobre a realidade subjetiva do investigado.

Anotação de campo ou diário de campo: consiste num instrumento de anotações, comentários e reflexões para uso individual do investigador durante a pesquisa. Nele, anotam-se as observações da realidade e dos fenômenos sociais e os acontecimentos e experiências

pessoais do investigador (163). Triviños (153) acrescenta que a anotação de campo descreve o comportamento e expressões verbais do pesquisado por meio da observação do pesquisador que posteriormente realiza críticas e reflexões sobre isto: “[...] haverá sempre descrições diferentes já por condições referentes ao pesquisador, à teoria que embasa o estudo, aos sujeitos, ao momento histórico, as relações que se estabelecem entre indivíduos etc.” (153). Freitas e Pereira (164) argumentam que o diário de campo possibilita documentar os fatos vivenciados nas práticas grupais e assume o caráter de uma ferramenta revisora das práticas levadas a campo e de instrumento para registros dos acontecimentos no grupo.

Gravação em áudio do relato das participantes: as falas das participantes foram gravadas tanto nas entrevistas quanto nos encontros do grupo de aplicação da TRE.

A análise dos dados foi realizada a partir de conceitos da Análise Narrativa (147), da Análise Construtiva-Interpretativa (149, 150) e da Análise de Conteúdo (151, 154), os quais se mostraram adequados para compreender e interpretar o fenômeno investigado.

A Análise Narrativa, de acordo com Bolívar (147), baseia-se na análise das ações e acontecimentos de casos particulares e tem por objetivo produzir narrativas de um enredo ou argumento (dos relatos dos participantes) a fim de conferir sentido aos dados:

“... el resultado de un análisis de narrativas es, a la vez, una narración particular, sin aspirar a la generalización; por ejemplo, un informe histórico, un estudio de caso, una historia de vida, un episodio narrado de la vida de una persona particular” (147).

O autor acrescenta que o papel do pesquisador, nesses estudos, é configurar os elementos dos dados em uma história que os integre e lhes dê sentido, a fim de expressar autenticamente a vida individual, sem manipular a voz dos participantes. Moutinho e De conti (165) abordam que quando a investigação é focada na subjetividade, a narrativa é adotada como o “lugar” no qual as pessoas constroem sentidos em um determinado tempo e espaço. Nunes et al. (166) reforçam que a Análise Narrativa é utilizada para analisar dados qualitativos (histórias cotidianas, entrevista estruturada), ao identificar características marcantes de determinado indivíduo ou grupo, distinguindo temas comuns e descobrindo novos conceitos.

A Análise construtiva-interpretativa foi desenvolvida por González Rey (148, 150) e trabalha com as informações por meio do levantamento dos indicadores e hipóteses de acordo com os objetivos da pesquisa durante a investigação. O conceito de indicador para esse autor constitui a chave para a produção de informação nessa perspectiva: são unidades identificáveis de um momento empírico, mas cujo valor para a investigação é inseparável da interpretação do investigador. Esses indicadores sustentam as hipóteses que surgem no desenrolar da investigação, e que, por consequência, conduzem a novos indicadores procedentes de outras fontes e contextos do sujeito estudado e possibilitam a construção de categorias e teorias (149, 150).

A Análise de conteúdo, segundo Minayo (151), refere-se à técnica de pesquisa que permite validar inferências sobre dados de um determinado fenômeno por meio de procedimentos especializados e científicos. A análise de conteúdo realiza-se, inicialmente, por meio de uma leitura das falas, depoimentos e documentos para depois aprofundar no conteúdo não manifesto desse material e assim relacionar os significantes com os significados dos enunciados aos fatores psicossociais e culturais que determinam suas características. A análise temática é um tipo de análise de conteúdo que implica no desvendamento dos núcleos de sentido existentes na comunicação em que a presença e frequência apresentem significado para a pesquisa. Envolve três etapas: a primeira etapa corresponde à pré-análise (leitura do material de campo, constituição do corpus e formulação e reformulação das hipóteses); a segunda etapa refere-se à exploração do material (busca pelas expressões ou palavras que possuem significado e levantamento das categorias); e a terceira etapa relaciona-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos (análise fatorial, realização de interpretações e inferências de acordo com a teoria) (151).

Esses três métodos de análise foram utilizados nos estudos de casos e na compreensão do processo grupal, mesclando-se e se completando de acordo com a necessidade da pesquisadora de interpretar e dar significado ao fenômeno estudado. Nesse caminho, os métodos e as técnicas da pesquisa qualitativa enriqueceram este trabalho ao sustentarem e reforçarem o “olhar da pesquisadora” sobre a realidade que pretendia explorar. Isso possibilitou uma gama de reflexões, análises e interpretações e, conseqüentemente, a construção de um

corpo teórico e epistemológico acerca da TRE na elaboração de experiências estressoras e potencialmente traumáticas em mulheres em situação de vulnerabilidade.

4.2. A trajetória da pesquisa

Pensar na construção da pesquisa implica em resgatar a trajetória percorrida pela pesquisadora para realização do estudo e nos acontecimentos que antecederam e contribuíram para a concretização do projeto.

No primeiro semestre de 2018, almejando alcançar público para a pesquisa, procurei a gestora da Secretaria da Promoção Social da Cidade de Rio Verde para oferecer meu trabalho como terapeuta de grupo e apresentei a TRE como ferramenta para redução de estresse. A gestora interessou-se pela técnica e logo em seguida fui convidada para coordenar algumas oficinas de redução de estresse como parte de um projeto desenvolvido pela Secretaria denominado “Cuidando de Quem Cuida”. A iniciativa tinha como objetivo, por meio de diversas atividades terapêuticas, reduzir o nível de estresse dos funcionários da secretaria e dos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). A partir dessas oficinas, firmou-se uma parceria entre a pesquisadora e a instituição Promoção Social, o que possibilitou introduzir a TRE não apenas nessa instituição, mas nos dois CRAS da cidade. Conseqüentemente, abriram-se caminhos para minha inserção em regiões da cidade consideradas zonas de vulnerabilidade e a ideia de aplicar a técnica em pessoas em situação de vulnerabilidade social mostrou-se sustentável.

Ressalta-se que o CRAS é instituição pública estatal responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Caracteriza-se como principal porta de entrada do SUAS por encontrar-se em áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios brasileiros. Propicia o acesso de muitas pessoas e famílias à rede de proteção da assistência social. Entre os usuários do CRAS encontram-se: famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza e do precário acesso aos serviços públicos, famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais, famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades

vivenciadas por algum de seus membros, pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

Após a realização das oficinas nas instituições e convencida a realizar a coleta de dados junto aos usuários do CRAS, o projeto de pesquisa foi apresentado à gestora da Secretaria da Assistência Social e da Assistência Básica e Especializada de Rio Verde/Goiás, assim como à gestora do CRAS para autorização. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Unicamp para aprovação. Somente após a aceitação do Comitê de Ética (Parecer número 2.768.694, julho 2018) iniciou-se, juntamente com o CRAS, a captação dos investigados. Essa parceria beneficiou tanto a pesquisadora como a instituição, que, por meio do grupo de pesquisa TRE, disponibilizou um recurso acessível à comunidade, já que a proposta desse órgão é a de promover estratégias para o resgate dos vínculos familiares e a qualidade de vida das pessoas em condições vulneráveis.

Devido à existência de dois CRAS na cidade, pretendia-se, a princípio, realizar a coleta de dados em dois grupos, contudo, essa proposta não se mostrou viável dentro do cronograma previsto para a pesquisa. Desse modo, decidiu-se pela instituição da região norte da cidade, que apresentava maior facilidade de acesso pela investigadora e boa receptividade à proposta. A equipe mostrou-se acolhedora, interessada e colaborativa com a pesquisadora na tarefa de formar o grupo de pesquisa. Ao final de julho de 2018 foi realizado um encontro com a equipe do CRAS para aplicação da ferramenta com o objetivo de demonstrar os efeitos da técnica e estimular a divulgação e indicação do grupo de TRE. Essa medida foi extremamente importante, visto o contato direto da equipe com a comunidade local. Em seguida, promoveu-se, no início de agosto, um evento aberto para a comunidade com o nome “Viver sem Estresse”, no qual aplicou-se a TRE em um grupo de 25 pessoas, incluindo homens e mulheres. Ao final da atividade, a pesquisadora formulou o convite para participar da pesquisa e do grupo da TRE. Caso a pessoa se interessasse em participar, a pesquisadora explicava individualmente os detalhes da pesquisa e os objetivos do grupo da TRE e entregava o TCLE.

Após o consentimento e a assinatura do TCLE (elaborado em consonância com a Resolução CNS nº 510 de 2016 e aprovado pelo CEP, ver apêndice C), era realizada a primeira entrevista individual com a finalidade de conhecer a história de vida e as situações vivenciadas

como traumáticas e/ou estressoras. Ao final da entrevista individual, a pesquisadora reiterava o convite para participação do grupo de terapia corporal, explicava a técnica e oferecia à participante a oportunidade de esclarecer suas dúvidas ou mesmo de desistir. Curiosamente, o público da pesquisa constituiu-se apenas de mulheres. Alguns homens participaram do encontro com a comunidade, mas não permaneceram no grupo da TRE.

Dezoito mulheres entrevistadas aceitaram frequentar o grupo e destas, 17 realizaram a entrevista final. Dezesesseis delas participaram do último encontro e da confraternização. A participação das mulheres variou entre 8 a 16 encontros e apenas uma mulher teve uma frequência de oito encontros. A maioria teve, em média, 12 participações. Dois instrumentos, a entrevista aberta e o “completar frases” foram utilizados antes e após o processo em grupo objetivando compreender as condições iniciais das participantes e as mudanças ocorridas após a utilização da técnica. Todos os áudios das entrevistas e dos discursos das participantes no início e final do grupo foram gravados e posteriormente transcritos para fins de análise e levantamento dos indicadores.

O grupo da TRE foi conduzido ao longo de 16 encontros entre os meses de agosto a dezembro de 2018, com a duração média de uma hora e meia, às segundas-feiras, no período matutino e realizado nas instalações do CRAS. Esse formato de grupo adequou-se ao modelo de Grupo Operativo e Terapêutico (167, 168), cujo objetivo era ensinar a prática da técnica e aferir os resultados dessa intervenção na qualidade de vida das mulheres. O encontro em grupo era distribuído em três momentos: acolhimento e escuta inicial, realização dos exercícios corporais com a prática do tremor e compartilhamento da experiência. As fases de acolhimento e compartilhamento eram sempre registradas por meio da gravação e do diário de campo.

O grupo foi conduzido pela pesquisadora, psicoterapeuta corporal, facilitadora certificada para condução da TRE, em colaboração com uma psicóloga experiente em trabalhos grupais e comunitários. Ao término de cada encontro, reuníamos-nos para conversar sobre os acontecimentos vividos no dia, objetivando avaliar nossa atuação e realizar os ajustes necessários às necessidades das integrantes e do grupo. Nesse momento, buscávamos refletir, analisar e avaliar a evolução dos tremores observados nas participantes e o processo dinâmico do grupo. O resultado desse momento rico em informações era registrado no diário de campo

pela pesquisadora e integrou o material coletado em campo, provocando novas análises e o surgimento de indicadores e categorias que atenderam aos objetivos da pesquisa.

Ao término do grupo de atividade corporal, em dezembro de 2018, as participantes foram novamente entrevistadas individualmente e convidadas a responderem o instrumento “completar frases” com a finalidade de coletar novas informações e compará-las com os dados iniciais, de forma a compreender o processo de elaboração da técnica para cada uma. Devido ao vasto e rico material coletado, decidiu-se organizar os resultados e apresentá-los, dando destaque ao processo grupal e aos processos de três participantes da pesquisa. Na descrição do processo grupal, optou-se por evidenciar os efeitos da técnica no grupo. Os temas emergentes foram: características sociodemográficas e psicoemocionais do grupo, organização e funcionamento do grupo, processo do tremor em grupo e efeitos da técnica no grupo.

Após o término da coleta de dados e da análise preliminar dos dados, os processos de três mulheres foram escolhidos para compor o estudo. Os critérios da escolha sustentaram-se na riqueza do material disponível para análise (quantidade de informações, descrição da história de vida), diversidade de problemas e queixas relatadas, diferentes situações de vulnerabilidade, evidência de estresse e trauma, adesão e participação ao grupo. Esses casos foram descritos através dos apontamentos: breve história de vida, percepções da entrevistadora, processo no grupo, percepção da participante em relação ao processo vivido, vulnerabilidade e trauma na trajetória da participante.

4.3. A organização do grupo

A escolha da construção de um grupo para realização da pesquisa revela uma escolha implicada em pressupostos e constructos. Podia-se ter optado apenas pelo Estudo de Caso com algumas mulheres para investigar a TRE, mas elegeu-se o trabalho grupal, acreditando que o grupo é sinônimo de cura, crescimento e transformação. Nele, há uma transversalidade de histórias: a trajetória de cada mulher, cada subjetividade compondo e permeando a história do grupo. O grupo é percebido como um conjunto de pessoas que se relacionam num determinado tempo e espaço, ligadas pelas representações internas e que se

propõem de maneira explícita ou implícita à realização de uma tarefa (167). Schossler e Carlos (169) acrescentam que o grupo é um espaço para o encontro e para constituição de modos diferentes de subjetividades.

Para Lane (181), o grupo precisa ser visto numa perspectiva histórica e social, permeado por determinantes econômicos, institucionais e ideológicos. Dessa forma, o conceito de “grupo” é entendido como um processo histórico. O grupo é um constante “vir a ser...”, um “todo” em constante processo de transformação, que implica diferentes dinâmicas e reorganizações. Nesse sentido, compreende-se o processo grupal estudado como uma estrutura em movimento, onde operavam conteúdos explícitos, conscientes, que se referiam às regras, normas e funcionamento e conteúdos implícitos, inconscientes, relacionados aos desejos, necessidades e inspirações das participantes (167).

Nesse entendimento, o grupo de TRE apresenta características de Grupo Operativo (170), o qual tem por objetivos promover a aprendizagem de uma tarefa pelos integrantes e alcançar a mudança do grupo. O psicanalista acrescenta que é imprescindível, no processo grupal, uma estrutura dinâmica expressa por meio da ação (desempenho de papéis) e do estabelecimento de vínculo entre os integrantes. O vínculo corresponde à maneira própria pela qual cada pessoa relaciona-se com os outros, criando uma estrutura única e particular em cada situação e momento do grupo. Ele afirma que o vínculo é “[...] uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem” (170).

Segundo Bastos (171), a técnica do grupo operativo pressupõe uma tarefa explícita relacionada à aprendizagem e uma tarefa implícita que corresponde à maneira como cada integrante vivencia o grupo, os elementos fixos relacionados ao tempo, duração, frequência e à função do coordenador e observador. Para Pichon-Riviere (170), as atividades de aprendizagem, treinamento e tarefa, se configuram como processo terapêutico. O autor defende que todo grupo operativo possui um caráter terapêutico, contudo, nem todo grupo terapêutico pode ser denominado de Grupo Operativo.

Zimerman (168) esclarece que o grupo terapêutico tem por tarefa: os cuidados preventivos em relação à saúde, a sobrevivência social (estigmatizados, prejuízos sociais) e o

suporte físico e emocional. O autor reforça que esse modelo de grupo promove o envolvimento e a interação da comunidade, adesão dos integrantes visto partilharem linguagens e experiências semelhantes, capacidade de aceitação dos seus problemas com menos conflitos e humilhação, respeito às diferenças e inclusão de qualidade de vida.

Entende-se aqui que o grupo da TRE se enquadra no modelo de Grupo Operativo e Terapêutico. Por ser um grupo de pesquisa, optou-se pela estrutura de “Grupo Fechado” e, por apresentar finalidades terapêuticas, permitiu-se a inserção de integrantes até o quarto encontro. Caracterizou-se como um grupo homogêneo em relação ao critério de as participantes encontrarem-se em situação de vulnerabilidade.

Os 16 encontros foram estruturados em três etapas: acolhimento do grupo, momento em que as participantes eram incentivadas a falar brevemente sobre os acontecimentos importantes da última semana e perceberem-se ao chegarem no grupo (corpo e sentimentos). Objetivava-se, nessa etapa, verificar as possíveis mudanças ocorridas entre um encontro e outro e analisar como elas estavam antes e após o tremor. Essa primeira etapa durava em média 30 min. A segunda etapa vinculava-se à condução da TRE, momento este em que as terapeutas estimulavam a realização dos exercícios em grupo e a prática do tremor, com duração de 50 minutos em média. A última etapa era dedicada ao “compartilhamento” das experiências, na qual as participantes podiam falar sobre a vivência com o tremor e sobre as sensações e emoções percebidas. O tempo investido nessa fase correspondia, em média, a 20 min.

Diferentemente das terapias focadas na fala, esse grupo tinha por objetivo trabalhar com o corpo por meio dos exercícios da TRE. Nesse caminho, procurou-se referenciar a facilitação do grupo utilizando-se do conceito de “Grupo de Movimento”, criado a partir das ideias reichianas, neorreichianas e do Grupo de Exercícios pautado nos pressupostos da Bioenergética. O Grupo de Movimento tem por objetivo promover nas participantes: a consciência corporal, a percepção de si mesmas, a recuperação da vitalidade e do bem-estar, o aumento da assertividade e o desbloqueio emocional (172). Segundo Gama e Rego (172), o Grupo de Movimento caracteriza-se pelo trabalho preventivo, pedagógico e social. Preventivo porque possibilita o autoconhecimento através da expressão do organismo e a consequente descarga energética; pedagógico, por promover a expansão da consciência e o aprendizado de

novas informações sobre e si e sobre os outros; e, social, porque eliminaria os mecanismos culturais repressivos da emoção, sexualidade e do prazer.

Bromberg (173), ao realizar uma pesquisa sobre a eficácia dos Grupos de Exercício, revelou resultados como: relaxamento das tensões corporais, aumento da capacidade respiratória e da autopercepção e melhora na postura. Weigand (96) descreve que os Grupos de Exercícios promovem vitalidade e mudanças nas pessoas e, mesmo não se configurando como psicoterapêutico, tem por objetivo atingir resultados terapêuticos com seus integrantes ao liberar emoções por meio do trabalho corporal.

Gama e Rego (172), assim como Weigand (96), assinalam que nesses modelos de grupos, o verbal ocupa um papel secundário, e não há interpretação e elaboração das falas e das resistências. Weigand (96) acrescenta que, nesse formato, é a “fala do corpo” que predomina. Portanto, não se estimula a expressão verbal dos conflitos pessoais, mas a autopercepção e o compartilhamento das percepções de cada uma no início e ao final do encontro. Foi assim que se procedeu a realização do grupo da TRE.

“As emoções são acolhidas e facilita-se seu fluir. O conteúdo inconsciente pode ser reconhecido, mas não interpretado. Procura-se facilitar a canalização ou contenção da emoção através do próprio trabalho corporal [...], com frequência o inconsciente se manifesta através de dores e sintomas orgânicos. Transferências e resistências não são trabalhadas verbalmente” (96).

Gama e Rego (172) abordam a necessidade da constante orientação do grupo pelo facilitador, por meio do que ele denominou “consignas”. As consignas devem se dirigir a todos e contribuem para o processo grupal ao trabalhar as diferenças e semelhanças presentes no contexto. Com esse entendimento, ressalta-se que, em todos os encontros do grupo da TRE, as mulheres eram instruídas sobre a prática da técnica e orientadas acerca dos cuidados com o corpo, incluindo a atenção aos limites corporais e às sensações desagradáveis. Tinha-se por objetivo evitar que as participantes sentissem dores físicas e contactassem emoções intensas de raiva e medo e conseqüentemente pudessem acessar de forma rápida e desorganizada conteúdos dolorosos e traumáticos - o que poderia desencadear os processos de dissociação, inundação e congelamento (5, 7, 107, 116). A pesquisadora enfatizava a importância da autorregulação por

meio da observação atenta do tremor (intensidade, ritmo), das sensações causadas no corpo e dos sentimentos provocados. A frase “menos é mais” foi inserida no grupo e era repetida constantemente pelas participantes como um sinalizador para conduzirem-se com cuidado. Muitas referiam-se ao grupo como um lugar onde elas se dedicavam a si mesmas e ao processo de cura e autoconhecimento. Como afirma Dora ⁹: “*Vou esquecer o mundo lá fora e vou me preocupar comigo*” com ênfase na palavra “*comigo*”.

As mulheres divertiam-se durante a prática dos exercícios, faziam brincadeiras e provocações jocosas entre elas. A risada era frequente e percebia-se as expressões faciais mais soltas e relaxadas. Estimulava-se a interação e o entrosamento entre as participantes ao solicitar a realização das séries dos exercícios em dupla ou com todas as integrantes em círculo. Nesse momento, buscava-se a integração, a descontração e o fortalecimento do vínculo grupal e conseqüentemente o aumento da confiança das participantes na execução dos exercícios. Gama e Rego (172) destacam que, no trabalho corporal em grupo, torna-se importante estimular o lúdico, a diversão e a descontração com o objetivo de motivar as participantes para realização da tarefa.

Para Píchon-Riviere (170), um grupo funciona em um espiral dialético em que novas situações exigem constantes movimentos e adaptações. Isso implica dizer que o processo grupal envolve mudanças, ciclos e etapas. Soares e Ferraz (174) relatam que o processo grupal (mudanças de ciclos) pode ser observado pelos indicadores: afiliação/pertença, comunicação, cooperação, tele, aprendizagem e pertinência. A afiliação e a pertença correspondem ao grau de identificação dos membros do grupo entre si e com a tarefa, em que a primeira diz respeito à participação e o segundo ao sentimento de identificação com o grupo; a cooperação implica na ajuda mútua por meio do desempenho de diferentes papéis e funções; a comunicação refere-se às redes de comunicação no grupo (verbal ou corporal); a aprendizagem envolve a incorporação de informações e desenvolvimento da capacidade de criar alternativas para os obstáculos; tele corresponde às relações no grupo tais como são percebidas e vividas (positivas

⁹ Nome fictício.

ou negativas); e; por último; a pertinência relaciona-se à produtividade do grupo e à capacidade de focar nos objetivos propostos (174).

Bastos (171) explicita que o grupo operativo se caracteriza por 2 momentos quanto à execução da tarefa: o momento da pré-tarefa, que corresponde à fase inicial do grupo e caracteriza-se pela resistência do participante em relação ao contato consigo mesmo e com os outros. Essa fase é marcada pela ansiedade e pelo medo de perder a referência de si mesmo diante do novo. Quando esses sentimentos básicos são elaborados pelo grupo, ele é capaz de romper com os velhos padrões. Compreende-se que o grupo está na tarefa, quando o grupo é capaz de superar as dificuldades, abrir-se para novos aprendizados e operar um projeto de mudança.

CAPÍTULO 5 - O PAPEL DA TRE NO PROCESSO GRUPAL

5.1. Características sociodemográficas e psicoemocionais do grupo

A constituição e o funcionamento do grupo estão indissociavelmente ligados à aplicação da TRE. As características sociodemográficas e psicoemocionais das participantes fornecem informações relevantes para a compreensão da vulnerabilidade e sua relação com o estresse, o trauma e com o papel da TRE no processo grupal. Descreveremos aqui brevemente aspectos da história de vida contada pelas próprias mulheres e as diferenças, semelhanças e aproximações que as fazem tão únicas e paradoxalmente tão parecidas.

O quadro 1 revela o perfil das mulheres integrantes do grupo e descreve as situações da vida dessas participantes indicativas de estresse e de possíveis traumas:

Quadro 1. Descrição do perfil das mulheres integrantes do grupo e suas situações de vida.

Participantes ¹⁰	Sintomas e queixas iniciais	Situações estressoras e/ou potencialmente traumáticas
1 - Ana, 63 anos, parda, casada (união consensual), aposentada, ensino fundamental, incompleto, católica, 3 filhos.	Ansiedade, estresse, medo da separação conjugal, solidão, tristeza e dores na coluna.	Infância marcada pela pobreza, fome, privações, trabalho pesado e insalubre. Três casamentos: contexto de violência doméstica (ciúme e possessividade) e traições. Perda do neto assassinado há 3 anos. Situação conjugal atual conflituosa. Chefia da família.
2 - Carmem, 48 anos, preta, casada (união consensual), analfabeta,	Ansiedade, confusão mental, irritabilidade, nervosismo, insônia e tensões na cabeça.	Infância permeada pela pobreza, privação afetivas e material. Educação rígida e com agressões físicas. Casamento marcado pela violência doméstica com tentativa de assassinato.

¹⁰Nomes fictícios, mas que expressam identidades, subjetividades, histórias, dores e superações.

desempregada, evangélica e 2 filhos.		Epilepsia. Perda de um filho recém-nascido.
3 - Dalva, 64 anos, branca, viúva, aposentada, analfabeta, católica, 2 filhos.	Nervosismo, estresse, irritabilidade, insônia, ansiedade, impulsividade, fortes sentimentos de raiva e tristeza (solidão).	Infância marcada pela pobreza e privação afetiva e material. Casamento permeado por constantes brigas e pela violência doméstica (marido muito agressivo). Presenciou o filho sendo agredido por policiais e foi impossibilitada de ajudá-lo.
4 - Dora, preta, 61 anos, separada, ensino fundamental incompleto, aposentada, evangélica, 2 filhas.	Ansiedade, estresse, irritabilidade, tensão corporal, insônia e nervosismo.	Período da infância: falecimento dos pais, alcoolismo da mãe, privações, solidão, isolamento, educação com violência (rigidez da avó). Casamento permeado pela violência doméstica e sexual. Chefia da família.
5 - Elaine, 44 anos, separada, preta, desempregada, analfabeta, moradora de rua em período de crise do alcoolismo, não relatou religião, 3 filhos.	Alcoolismo, problemas de saúde e desnutrição, aparência física descuidada, baixa autoestima, fragilidade física e emocional, depressão.	Pai alcoólatra. Perda do pai e distanciamento da família. Pobreza, privação, moradia precária, risco social e situação de violência doméstica (tentativa de assassinato pelo ex-companheiro). “Casou-se” aos 12 anos e com 15 anos teve a primeira filha. Relacionamentos marcados pela violência.
6 - Elena, 37 anos, preta, separada, ensino fundamental incompleto, auxiliar	Estresse, ansiedade, irritabilidade, nervosismo, insônia, dores na coluna.	Privações na infância, abandono do pai. Separação quando estava grávida de 5 meses da segunda filha, marcada pela sensação de abandono, desamparo e

serviços gerais, evangélica, 2 filhas.		depressão. Dificuldades financeiras. Chefia da família.
7 - Elza, 35 anos, preta, casada (união consensual), desempregada, ensino fundamental incompleto, evangélica, 2 filhos.	Grave problema de coluna, ansiedade, irritabilidade, sentimentos de angústia e tristeza, medo de perder o esposo.	Infância marcada pelo abandono, negligência, violência física, hipótese de abuso (tios) e contexto familiar permeado pela violência. Primeiro casamento aos 13 anos permeado pela violência doméstica. Separação e nascimento do filho com problemas de saúde (tratamento constante nos primeiros anos de vida). Perda do pai (há dois anos).
8 - Irene 48 anos, preta, solteira, analfabeta, desempregada, (beneficiária do programa bolsa família) e sem filhos, não relatou religião, sem filhos.	Depressão, nervosismo, irritabilidade, insônia, dores no corpo (artrite), dificuldades na expressão e comunicação verbal.	Infância marcada pela carência afetiva e material. Perda dos pais. Situação familiar permeada por brigas e violência (irmão), escassez material, pobreza, medo de ficar desabrigada, moradia precária, solidão e dificuldades nas relações amorosas e na sexualidade.
9 - Joana, 75 anos, preta, separada, analfabeta, beneficiária do BPC (Benefício de Prestação Continuada), não relatou religião, sem filhos.	Pressão alta, tensões e dores físicas (coluna e pernas), sentimento de angústia no peito, nervosismo, ansiedade e preocupação com a saúde.	Relacionamento com os irmãos. Perda da mãe. Solidão, dificuldades financeiras, chefia da família.
10 - Letícia, 34 anos, branca, casada (união consensual), ensino	Estresse, ansiedade, depressão (2 tentativas de suicídio),	Negligência, abandono e abusos na infância. “Casamento” aos 12 anos e separação devido à traição do ex-marido

<p>fundamental incompleto, auxiliar de serviços gerais, católica, 3 filhos.</p>	<p>automutilação (cortava-se).</p>	<p>com a mãe. Relação conflituosa com a genitora, que, segundo ela, foi prostituta (sentimentos de raiva). Entregou os dois primeiros filhos para outras pessoas cuidarem. Casamento atual permeado pela violência doméstica e alcoolismo do esposo.</p>
<p>11 - Marlene, 73 anos, preta, divorciada, analfabeta, aposentada, católica, 14 filhos.</p>	<p>Dores físicas (pernas e coluna), calor desconfortável nos pés, ansiedade, estresse e tristeza ao lembrar do ex-marido.</p>	<p>Infância marcada pelo fome, pobreza e violência (educação rígida). Constantes traições do esposo. Sofrimento em relação a separação. Perda de 4 filhos (2 natimortos e 2 com as idades de 2 e 5 anos). Privações econômicas e materiais. Trabalho insalubre (lavouras, serviços gerais, fazendas). Câncer de mama, mastectomia. Agressão do genro (violência familiar). Casou-se para fugir da violência em casa. Chefia da família.</p>
<p>12 - Maura, 67 anos, preta, viúva, analfabeta, aposentada, evangélica, 15 filhos.</p>	<p>Estresse, sentimentos de angústia, ansiedade, insônia, tensão e dores físicas (joelhos e pernas), “cabeça ruim”.</p>	<p>Infância marcada pela fome, desnutrição negligência, abandono e violência (educação rígida). Desaparecimento do primeiro esposo (fuga). Perda de 9 filhos (natimortos e na primeira infância). Vida marcada pela pobreza e privação. Trabalho insalubre. Chefia da família.</p>
<p>13 - Nara, 56 anos, parda, viúva, ensino médio incompleto,</p>	<p>Depressão, ansiedade, irritabilidade, pensamento suicida e desejo de morrer.</p>	<p>No período de 6 anos: perda do esposo, pais e do filho (há 3 meses). Casamento permeado pelo alcoolismo e</p>

aposentada, católica, 1 filho.		comportamentos agressivos do marido (violência verbal). Chefia da família.
14 - Noeli, 54 anos, preta, viúva, aposentada, analfabeta, evangélica, 2 filhos.	Estresse, ansiedade, insônia, dores corporais (braços e costas), angústia e tristeza.	Infância e vida permeada pela pobreza, fome, privações e trabalho pesado (lavouras). Histórico de trabalho escravo e insalubre. Morte dos pais e de dois maridos. Câncer de mama. Chefia da família.
15 - Soraia, 49 anos, branca, separada, copeira, ensino fundamental incompleto, disse não frequentar nenhuma religião no momento, 2 filhos.	Depressão, baixa energia vital e autoestima, sentimentos de tristeza e culpa em relação a morte do primeiro filho, medo de perder o segundo filho.	Perda do filho há 8 anos (assassinado aos 15 anos de idade). Abandono do primeiro marido. Duas separações. Escassez de recursos materiais, moradia precária. Preocupações financeiras e com relação ao filho. Chefia da família.
16 - Silvia, 27 anos, branca, casada (união consensual), autônoma, ensino médio incompleto, católica, 1 filha.	Nervosismo, crises de ansiedade e pânico, impulsividade, irritabilidade, depressão.	Contexto familiar na infância marcado pela violência e alcoolismo do pai. Conflito com o pai. Sintomas revelam Estresse Pós-Traumático (TEPT).
17 - Tatiane 23 anos, parda, solteira, segundo grau completo, desempregada, evangélica, sem filhos.	Fobia social, depressão, acentuada dificuldade na expressão e comunicação verbal.	Internação psiquiátrica. Adoecimento do tio (esquizofrenia).

18 - Zilene, 57 anos, parda, funcionária pública, separada, ensino médio completo, católica, 1 filho.	Ansiedade, agitação, impulsividade e dores no corpo (fibromialgia).	Período da primeira separação. Situação de “abandono” e traição pelo ex-marido, pois se sentiu desamparada ao ficar sem abrigo e sem condições financeiras para sustentar a si mesma e ao filho, o que provocou medo e sofrimento. História de vida permeada por muitas dificuldades e “lutas”. Chefia da família.
---	---	--

Como observado no quadro, o grupo foi constituído por 18 mulheres com idade entre 23 anos (Tatiane) e 75 anos (Joana). Em relação à cor, 10 mulheres eram pretas, 4 pardas e 4 brancas. Quanto ao estado civil, 5 moravam com um companheiro (união consensual), 4 eram viúvas, 7 haviam se separado e 2 estavam solteiras. Dez mulheres relataram ter tido dois “casamentos” em sua trajetória de vida e dessas, 2 estão no terceiro relacionamento (Ana e Letícia). Dez participantes também revelaram que se casaram antes dos 18 anos de idade (3 com a idade de 12 anos). Elas descreveram o casamento como uma alternativa para fugirem da fome e de um contexto familiar permeado pela rigidez e violência. Como relata Dora: *“Tipo assim... eles batiam na gente com pau. É até engraçado! Batiam na gente... eles pisavam na gente. A gente, assim... seriamente, no pescoço, batia na gente até era violentamente. Resumindo, a gente não morreu porque Deus tem um propósito na vida da gente”*.¹¹

Mais da metade das integrantes (11) descreveu a infância como “difícil e triste”, marcada pela miséria, fome, privações, negligência, abandono, violência (física e psicológica) e trabalho precoce. Ao falarem da infância, os relatos dessas mulheres eram atravessados pelo silêncio e pelo choro e muitas expressaram dificuldades em recordar esse período: *“Num gosto nem de lembrá”* (Noeli).

¹¹ É importante destacar que todas as marcações orais foram mantidas na íntegra por respeito a subjetividade e as condições sociocultural das participantes.

Várias participantes (13 mulheres) relataram vivências relacionadas à violência no decorrer da vida. Entre elas, 12 sofreram violência no contexto familiar e 1 violência urbana praticada por policiais. Das que passaram por situações de violência familiar, 9 vivenciaram violência doméstica praticada pelos companheiros, e 1 também sofreu violência sexual, 2 sofreram tentativas de assassinato (1 com sequelas neurológicas), 1 sofreu violência praticada pelo irmão e 1 pelo genro; duas mulheres revelaram que ainda sofriam violência familiar (1 pelo companheiro e 1 pelo irmão). O casamento, para muitas mulheres (10), foi marcado pela dificuldade financeira, traição, violência, alcoolismo e vícios, o que colaborou, segundo elas, para a separação. Para outras 5 mulheres, o fim do relacionamento foi sinônimo de perda, sofrimento, dor e abandono revelados na fala das participantes como um acontecimento que provocou mudanças significativas em suas vidas. As falas delas manifestaram sentimentos de angústia, tristeza e raiva. De modo geral, o casamento representou para essas mulheres sofrimento, lutas e conflitos. Essas experiências conjugais deixaram marcas profundas em muitas mulheres e o sentimento de medo de um novo relacionamento: *“Muito difícil... Nossa, e eu achei assim que eu não ia nem superá... Eu não gosto nem de lembrar... (silêncio) muito difícil”* (Elena); *“[...] nossa, eu tenho trauma de home...”* (Dalva); *“Os homens são muito traiçoeiros”* (Zilene). Das mulheres que estavam casadas, apenas duas disseram viver um relacionamento bom e saudável.

A violência social também perpassava a vida dessas participantes: Soraia teve o filho assassinado aos 15 anos, acontecimento que ocorreu há 8 anos e a impactou profundamente. Ana teve o neto de 17 anos assassinado há dois anos e Dalva presenciou o filho ser agredido por policiais. Soraia relata: *“Assim... a tristeza, tudo que eu sinto é do meu filho que eu perdi. Sinto medo de perde o outro... Eu me sinto culpada pela morte dele... Eu tinha que saí de casa, deixá meus filhos pra mim trabalha, pra mim dá de comê pra eles. Então eu me arrependo disso”*. A violência fazia parte do cotidiano dessas participantes: a maioria reclamou da violência existente na região (brigas, assassinatos). Dalva expressou um medo constante de ser agredida por alguns vizinhos e Elena contou que sentia medo de ser atacada e assaltada quando retornava do trabalho: *“Nossa, a violência é triste! Nossa, traz medo, traz... É, eu sinto medo quando eu venho do serviço, né? Eu sinto muito medo... Ainda mais na rua de*

casa. Tem um Narguilé e tem muita moto, muito carro e às vezes eu tô passando e gera medo né... ”.

Mais da metade das mulheres teve que assumir a responsabilidade nos cuidados dos filhos (11) e na chefia da casa (12), seja em consequência da separação, viuvez ou da negligência e abandono dos companheiros. Quinze mulheres eram mães, variando o número de filhos entre 1 (Nara, Silvia, Soraia, Zilene) e 15 (Maura). As demais tinham em média 3 filhos, exceto por Marlene que tinha 14 e Tatiane, Irene e Joana que não os possuíam. Irene (48 anos) apontou não ter se casado ou tido filhos, diz lembrar-se de alguns namorados e conta que não teve nenhuma experiência sexual com eles - fato que, segundo ela, provoca comentários e piadas por parte dos irmãos e conseqüentemente a faz sentir-se com raiva e triste. Joana (75 anos) verbaliza que nunca desejou ter filhos e que não se incomodava pela ausência deles. Várias mulheres tiveram a experiência de perder os filhos, entre elas Nara, Marlene, Maura, Dalva, Ana e Soraia.

Quanto à escolaridade, dessas participantes 9 eram analfabetas, 5 haviam estudado até o ensino fundamental, mas não o concluíram e 4 estudaram até o ensino médio, sendo que 2 concluíram esse nível de ensino. As dificuldades em relação à formação escolar dessas mulheres estavam relacionadas à pobreza, acesso à escola, trabalho infantil, cultura machista (pai que não permitia que as filhas estudassem e educação da mulher para o casamento), maternidade e cuidados com os filhos. Nesse sentido, destaco Dora (61 anos), negra, divorciada, ensino fundamental incompleto e, apesar do pouco estudo, relatou que gostava de ler e tinha conhecimento de várias obras literárias. Demonstrava uma riqueza de vocabulário, pronunciava as palavras com clareza e exatidão, era perspicaz, questionadora, interessada em conhecer teoricamente a técnica e em desenvolver-se intelectualmente. Em sua narrativa, disse que sempre idealizou estudar e se profissionalizar mas a avó “forçou-a” a se casar, tirando-lhe a oportunidade de realizar seus sonhos: *“Apesar de jovem, eu sempre tive uma ideia de morar sozinha, não sei porque, minha ideia era mais evoluída do que as pessoas da minha época... Eu não queria me casar... Eu sonhava em ter maioridade e trabalhar e morar só, era uma obsessão. Só que era impossível também na época... Dava-se muito valor ao casamento. O casamento era tão valoroso, o quanto é ouro hoje”*. Dora contou que ficou casada apenas por 3 anos, pois a relação era permeada por vários tipos de violência.

14 mulheres disseram que tinham crenças religiosas (8 eram evangélicas e 7 católicas) e 3 não responderam. O discurso religioso era marcante nas falas das participantes e a igreja mostrou-se, em muitos casos, como refúgio para suportar a dor e o sofrimento. Em uma sociedade com poucos ou raros programas de política pública que ofereçam um contexto terapêutico para a população, as igrejas e centros religiosos tornam-se recursos acessíveis e atraentes ao promover vínculos, suporte e oferecer orientações para o público feminino.

Algumas mulheres (6) migraram de outros estados (Bahia, Rio Grande do Norte e Minas Gerais) para Goiás em busca de melhores condições de vida. Em relação ao trabalho: sete mulheres eram aposentadas ou pensionistas, 6 estavam empregadas (3 em serviços gerais, 1 cozeira, 1 funcionária pública, 1 como autônoma), 5 encontravam-se desempregadas (1 recebia bolsa família, 1 estava em situação de rua, 1 era mantida pelos pais e 2 pelos esposos) e 1 participante recebia BPC (Benefício de Prestação Continuada). No relato das mulheres aposentadas e beneficiárias, a história de vida foi marcada pelo trabalho precoce, árduo e com baixa remuneração nas lavouras e em serviços gerais (babás, camareiras, lavadeiras, passadeiras, faxineiras e quitadeiras). Segundo elas, a aposentadoria representou o descanso e a estabilidade financeira nunca vividas anteriormente. As mulheres que estavam trabalhando queixaram-se dos baixos salários recebidos e das dificuldades financeiras para sustentar a família e conciliar o emprego e a educação dos filhos, o que lhes causava medos e preocupações. Duas mulheres (Irene e Elaine) viviam em situações precárias e com muitas privações em relação à alimentação, moradia e segurança. Irene, por motivos de saúde, não conseguia mais trabalhar como doméstica, recebia Bolsa Família, mas enfrentava sérios problemas financeiros, além da situação de violência com o irmão com quem residia e da iminência de ser despejada da casa por ele. Irene morava distante do CRAS, mas era sempre a primeira a chegar. Participou de 15 encontros e uma falta aconteceu por questões de saúde. Elaine encontrava-se em péssimas condições de saúde e subnutrição decorrentes do alcoolismo e da tentativa de assassinato pelo ex-companheiro. No início do grupo, ela estava se recuperando na casa da mãe, pois não tinha residência. No decorrer do processo, Elaine teve uma recaída e voltou a morar nas ruas, em situação de extrema vulnerabilidade - o que será tratado no decorrer do capítulo. Elaine teve 8 participações, sendo a integrante com menos frequência no grupo. Essas duas participantes

tocaram-me profundamente pela carência material e emocional, pela situação degradante e de risco em que viviam.

Exceto por uma integrante, a maioria das mulheres participava de alguma atividade oferecida pelo CRAS por meio de grupos e encontros. A instituição era referência para esse público, representando um espaço de acolhimento, aprendizado e fortalecimento de vínculos. Elas chegaram até o grupo de TRE indicadas pela equipe do CRAS, pelas próprias integrantes. Destaque especial para Letícia, participante que se empenhou, após o contato com a técnica, com a formação do grupo, tornando-se referência para as demais colegas. Letícia foi encaminhada pela gestora do CRAS para compor o grupo após duas tentativas de suicídio. Além do quadro de depressão, essa integrante relatou que se automutilava cortando-se frequentemente quando sentia raiva.

Quanto ao fator psicoemocional, as mulheres iniciaram o grupo de TRE com as queixas: 7 com depressão (1 com tentativa de suicídio, 3 verbalizaram desejo de morrer e 1 revelou planejar sua morte) e 5 verbalizaram sentimentos constantes de angústia, tristeza e culpa com sensações de desânimo, falta de energia e perda de interesse pela vida – o que sugere também sintomas depressivos. Doze integrantes percebiam-se como ansiosas, preocupadas e agitadas (três relataram crises de ansiedade e 1 teve crises de síndrome de pânico), 10 disseram que eram “muito estressadas”, 12 apontaram a irritabilidade e o nervosismo como frequentes no cotidiano, 8 disseram que eram impulsivas no trato com outras pessoas, 8 relataram problemas para dormir (insônia), 10 apontaram baixa autoestima (baixa libido, descuido e descontentamento com a aparência), 1 participante (Elaine) estava em tratamento devido ao alcoolismo, 1 participante (Tatiane) chegou com diagnóstico de Fobia Social associado à depressão e com histórico de surto psicótico e consequente internação psiquiátrica: “[...] *não gosto de lembrá disso...*” (relata chorando). Dez integrantes queixaram-se de problemas de saúde: dores na coluna, artrite, fibromialgia, dores de cabeça, nas pernas, joelhos e pés. O corpo, para todas as mulheres, apresentava-se como sinônimo de dores físicas, tensões, rigidez, “pesos” e desconfortos. Algumas mulheres, como Dalva, Irene, Maura, Ana, Noeli e Soraia falaram sobre o sentimento de tristeza por se sentirem sozinhas e sem apoio. A falta de prazer, lazer e relaxamento foi evidenciada nos discursos das mulheres.

As conversas no contexto grupal e os relatos individuais dão visibilidade à forte carga emocional presente no grupo e sugerem indícios de vulnerabilidade individual (estresse, depressão, ansiedade, alcoolismo, transtorno psicológico) e social (pobreza, privação material, moradia, desemprego, violência doméstica e urbana), considerando que ambas são constituídas a partir de um fenômeno complexo, histórico e cultural. O sofrimento impresso na história de vida dessas mulheres indica um potencial traumático revelado nas vivências do cotidiano, nas relações delas consigo mesmas, com seus corpos e com os outros.

5.2. A prática da TRE em grupo: o processo do tremor

O processo do grupo em relação à TRE será descrito em três etapas, considerando, em cada uma, os critérios: autorregulação, evolução no padrão de tremor das participantes e estrutura grupal. Na primeira etapa, abordar-se-á os cinco primeiros encontros; a segunda etapa tratará dos acontecimentos do 6º aos 12º encontros; e a terceira etapa analisar-se-á os últimos quatro encontros.

5.2.1. Primeira etapa

Nos primeiros encontros as participantes chegaram animadas, curiosas e interessadas em conhecer a ferramenta. Algumas já tinham acessado a técnica no período de captação, o que gerou interesse e empolgação e provocou a divulgação do “treme-treme” - como era chamada pelas integrantes, nos grupos do CRAS e comunidade local. Nesse encontro, as mulheres foram informadas sobre os objetivos do grupo, bem como sobre o funcionamento, dinâmica e duração do projeto. Também foi necessário a realização do “contrato grupal”, no qual estabelecia-se, juntamente com as participantes, as regras do grupo. Essas referiam-se à organização do grupo quanto ao tempo (horário de início e término, duração), uso de celular, gravação dos encontros, sigilo em relação às conversas e prática da TRE. Segundo Pichon-Riviere (1967), o contrato grupal reduz os anseios iniciais do grupo e propicia o envolvimento das participantes na realização da tarefa.

Notou-se, nas primeiras práticas, a dificuldade das mulheres em falarem de si mesmas, de perceberem seus corpos e sensações. Observou-se que a respiração era superficial e quase imperceptível e havia uma acentuada rigidez corporal, com expressivas tensões nas pernas, pés, braços, ombros, pescoço e cabeça. Essa observação confirma a posição de Gama e Rego (172) ao dizerem que as pessoas chegam nos grupos quase “analfabetas” em relação à consciência corporal. Durante a execução dos exercícios, era visível a limitação nos movimentos, sendo comum a queixa delas em relação à falta de flexibilidade do corpo. As participantes davam risadas e se divertiam com isso e denominavam-se de “enferrujadas” e “travadas”:

“Quando vô sentá até na cadeira, se eu vou agachá pra pegá alguma coisa... nosso Deus! Ferroa tudo aqui (mostra pernas e quadril). É falta de fazer exercício mesmo” (Elena). *“Eu tava com as perna dura, mas agora eu tô bem, agora eu tô bem”* (Noeli). *“Eu tô bem, tá tudo certo, mas na hora que fui levantar a câimbra deu na perna, aí eu preciso ficar firmando, esticano esticano, até melhorá”* (Marlene). *“Tudo enferrujada... (risos)”* (Zilene).

No momento em que precisavam deitarem-se no colchonete para os últimos exercícios, era notável a dificuldade das participantes em soltar a musculatura do corpo e permitir a vibração. Muitas ficavam com os olhos “arregalados” e pela maneira como elas pressionavam pernas, braços e mãos no chão, pareciam paralisadas e congeladas, inclusive, assustadas e com medo. E mesmo com essas questões, as mulheres foram participativas, envolveram-se com a vibração e expressaram satisfação:

“Não foi difícil não, foi diferente... foi muito bom” (Zilene). *“É assim meu primeiro dia... amei (sorriso). Eu gostei demais... meu corpo tá bem mais leve... Eu gostei demais”* (Elena). *“Nossa, foi uma vibração que eu vô te fala viu... (risada)”* (Noeli). *“[...] foi maravilhoso, vibrei bastante (ênfase). Menina, vibrei tanto que eu achei que ia dar até um trem... (risada)... E foi suficiente... mas foi maravilhoso... até tive que... (fez gesto de interromper com as mãos)”* (Dalva). *“Tremi bastante... foi bom... Eu achei que fiquei mais tranquila assim, sem pensamentos, né? Porque tem vez que eu fico pensando em coisa ruim”* (Irene).

Outro fator que merece ser destacado refere-se ao tempo: o período em que o grupo permanecia no tremor e o período de descanso que a pesquisadora viabilizava após a prática. As participantes ficaram pouco tempo nessas etapas e demonstravam pressa para se sentar. Isso levou a pesquisadora a inferir sobre a impossibilidade que elas tinham de relaxar, descansar e permanecerem focadas em si mesmas (sensopercepção). Enquanto integrantes de uma sociedade pragmática, pautada no produtivismo, a grande maioria dessas mulheres aprendeu, ao longo da vida, a lutar, resistir, a tolerar e a sobreviver. O sistema nervoso foi estimulado para rapidez, aceleração e obrigação. O grupo precisava aprender a relaxar, a resgatar a homeostase do organismo e a técnica gradativamente foi viabilizando esse processo.

Nos encontros seguintes, as mulheres mostraram-se mais à vontade no grupo, tanto para explorar a técnica e as sensações provocadas no corpo - o que foi observado pela maior permanência delas na vibração -, quanto pela descontração, percebida nas brincadeiras e provocações que elas faziam entre si.

“Pra mim foi ótimo! Semana passada que eu tremi a primeira vez. Eu não conhecia, né? Da outra vez tremeu muito, sabe? Mas eu fiquei com medo.... Minha perna tremeu muito, sabe? E eu tive que levantá igual uma véia. Agora, dessa vez, adorei! Hoje eu já não queria levantá porque eu gostei. Queria fica deitadinha... Eu adorei esses exercício” (Carmem). *“Foi bem mais forte, parece que aqui tremeu demais da conta, aqui nas pernas”* (Letícia). *“Foi bão demais (tom de voz forte)... vibrei demais... Consegui tremê sem dor, tava dando câimbra já (risadas altas)”* (Marlene). *“Tô me sentindo ótima! Senti melhor que na semana passada. Foi diferente porque, na semana passada tremi mais as perna, e hoje foi mais o quadril”* (Elena). *“Acho que foi diferente. Eu senti, assim... a perna tremê e vinha até aqui (pelve)”* (Tatiane).

Inicialmente era perceptível o paradoxo entre a curiosidade e o interesse que elas tinham pelo tremor e o medo de acessar algo perigoso. Especialmente porque o grupo experimentou, por meio de Silvia, o contato com o inesperado quando esta teve uma crise em sua primeira prática. Mesmo assistindo a todo o processo de Silvia, não houve evasão. Pelo contrário, o grupo ficou mais atento às mudanças da vibração no corpo e aos sentimentos que surgiam. Tanto que elas mesmas orientavam as integrantes que chegavam no grupo pela

primeira vez. Dalva disse: *“O grupo é muito bom, mas, na hora de fazê atividade, ocês não exagera muito (risos), porque pode passá mal. Vai exagerando e vai emocionano e o trem assim é bom e ocês vão emocionano”* (o grupo aplaude e dá risada).

Durante a primeira fase, as mulheres aprenderam a observar as sensações corporais e os sinais que este oferecia para indicar que era hora de parar os tremores, abrir os olhos e esticar as pernas, sentar-se ou se necessário, solicitar a presença de uma das facilitadoras. Isso possibilitou a inferência de que o mecanismo de autorregulação estava presente no grupo. Gradativamente, as mulheres foram se sentindo mais seguras para explorar os tremores e promover as descargas. Tanto que após a crise de Silvia, nem ela nem nenhuma outra participante precisou ser assistida individualmente para autorregular-se. Claro que minha presença e a da minha colaboradora transmitiam ao grupo segurança e confiança e viabilizavam o acesso delas ao tremor, o que, segundo Porges (136), é fundamental para a atuação do nervo vago ventral e consequente descarga do SNA.

“Eu vi que eu tava com oh (mostra as mãos levantando)... flutuando... Aí eu falei: meu Deus! Agora vô sair fora do ar... Aí eu já sentei como cêis explicô, né? Plejando pra abrí os ói, e abrindo a boca. Hoje eu fiquei com medo... (pausa) fiquei com medo de avoá” (risos) (Dalva). *“Ah, eu tremi até a cabeça... supito (risos)... Mas tremeu até a cabeça. Subiu, subiu tudo (risadas). Começô a tremê demais. Aí eu parei e sentei... e não fiquei mais não”* (Letícia).

5.2.2. Segunda etapa

Após os cinco primeiros encontros, percebe-se, conforme Bastos (171), que o grupo entra numa nova fase, relacionada à capacidade de se envolver com a realização da tarefa. O grupo mostra-se consolidado, visivelmente coeso, focado em explorar os tremores e a autorregulação é praticada. Nota-se o engajamento entre elas e o fortalecimento do vínculo grupal. As mulheres estavam mais animadas, falantes e envolvidas com o processo. Suas falas revelaram a importância do grupo e da técnica:

“Eu sou mais ocês do que minha família que tá lá na Bahia” (fala alto e enfaticamente) (Carmem). *“A gente fala que é uma família aqui no grupo porque é uma farra,*

né? Minha Joaquina” (manda beijos para Joana) (Dalva). “Eu gosto demais do grupo. Quando a gente falta não é a mesma coisa... A gente sente falta, bastante, das colegas, dos exercícios, de tudo, enfim... Da Simone que é um amor” (Elena). “Eu estou neste grupo muito feliz... Eu estou gostando, os exercícios muito bom. Realmente faz diferença no corpo da gente, faz diferença na vida da gente... e tá tudo muito bom. Pretendo continuar, em nome de Jesus. E tenho um amorzinho por todas... eu amo todas... muito... Aqui a gente presta atenção no nosso corpo, saber o que nós estamos sentindo, que é o nosso momento” (Dora).

Novas descobertas surgem e a vibração é experimentada pelas mulheres de diferentes formas, movimentos, intensidade (aumentando ou diminuindo), qualidade (agradável, desagradável, prazeroso, estranho) e direção (subindo, descendo). As sensações de calor, formigamento, transpiração, leveza e bocejo são comumente descritas pelo grupo e associadas com as descargas do SNA. Todas elas provocavam alívio e bem-estar:

“Eu descobri assim... se eu encostá os meus dois pé aqui quase não vibra. Mas se eu pô os dois pé assim, aí vibra mais (mostra a posição dos pés afastados e se tocando). Hoje eu fui observá” (Leticia). “Pra mim foi bem... foi bem, eu suei até. Foi bom, eu estou de boa... Eu tremi muito... senti muito calor nas costas... então eu descarreguei (risada), muito descarga (risos)” (Noeli). “O tremô foi daqui até aqui (aponta a região das pernas até o estômago). Foi bom... Hoje tive quentura e tremedeira. O calor nas costas subiu até os braço (bocejo)...” (Elaine). “Eu tremi diferente hoje, você viu? (pergunta animada) Começô bem lentozinho... depois tremeu mais, tremeu o braço, tremeu aqui (peitoral)... É muito bom, muito confortável... E eu senti muito bocejo, muito bocejo. Não sei se é sono ou se tá descarregano (risos)” (Elena). “Hoje eu tremi nas costas inteirinha, subiu pela coluna até o pescoço... Eu falei: uai!. Parece que foi assim (movimento de curva com as mãos de baixo pra cima) ... Pela primeira vez... foi uma novidade... foi muito agradável (ênfase)” (Dora). “Essa vibração minha não sei o que é isso não (risos), mas eu acho que soltô tudo pela boca, né? Eu bocejo muito” (Zilene). “Eu fui bem devagarinho pra alcançá (referindo-se ao relaxamento) porque se fô bem esforçado, cansa... Então, devagarinho, eu alcanço. Eu tremi muito aqui (mostra os ombros). Nunca tinha tremido desse jeito, tremeu mais que as perna” (Carmem).

Algumas mulheres como Dora, Joana, Marlene e Maura tinham um padrão de tremor que envolvia as pernas e um dos braços em forma de sacolejos. Além disso, elas continuavam a tremer, mesmo esticando as pernas ou sentadas, o que provocava surpresa e alegria:

“Fechei as perna, tremeu. Estiquei a perna, tremeu. Hoje tava exagerado, hoje passô dos limites (risadas)” (Dalva). *“Esse aqui ó... tremendo bem (mostra o braço direito ainda vibrando). Tremi esse braço e tremi as perna sentada também. Bom demais”* (Dora). *“Eu tô boa! Eu tremi bem levizinho, não tremo muito não. Depois que eu levanto e sento é que vai... fica vibrando assim, mas não é forte (mostra o peitoral). É agradável, eu senti leve”* (Joana).

Letícia e Irene tremiam a cabeça. Letícia, quando iniciava esse padrão, interrompia a atividade. Já Irene permitia-se tremer e esse tremor era intenso e às vezes ocorria em forma de espasmo, sendo percebido em outras partes do corpo como nuca, face e olhos, o que a levava a necessitar do apoio de uma almofada na cabeça, para evitar assim se machucar. Ela relatou: *“Eu senti vibrá até minha cabeça. E não fico pensando em nada de ruim não... agora tô bem tranquila”* (fala timidamente e sorrindo).

Era comum as mulheres expressarem sentimentos de medo, raiva e tristeza, assim como a risada, o choro também se faziam presentes no grupo. Essas emoções básicas liberadas gradualmente permitiram o contato com novos sentimentos e sensações. No decorrer do processo, o sentimento de alegria e a sensação de felicidade surgiam com a vibração, o que era perceptível no corpo e na expressão facial:

“Ah, pelo menos aquela raiva saiu... Tremeu o pé da minha barriga, foi subindo pra riba assim. Hoje tava (faz um movimento com os punhos fechados com força)... Eu deixei passá pra sair tudo” (risada) (Dalva). *“Eu tremi mucho, mucho... tremi as perna, barriga, até aqui (aponta para o peitoral). Aí, me deu uma vontade de chorá, minina... E eu chorei (pausa, silêncio, choro)”* (Marlene). *“Tem vez que... vez assim... vem forte (raiva) que chega a pará... Aí parece que desabafa... agora passo esses trem... tô bem”* (Irene). *“Hoje deu uma emoção assim alegre... tá tudo em paz”* (Irene). *“Porque assim... foi uma emoção, eu gostei bastante. Eu achei um acontecimento completamente diferente”* (Dora fala sorrindo e empolgada). *“Foi*

bão demais (tom de voz forte)! Vibrei demais... senti vontade de dá risada (gargalhada)” (Marlene).

Algumas mulheres contaram que estavam praticando a TRE sozinhas e em outro contexto além do grupo, aspecto que evidencia a autonomia delas em relação ao autocuidado. Isso remete a discussão de Bercei (1) e ao estudo de Amaral et al. (110) quando afirmam que a técnica é autoaplicativa, de baixo custo e independe da presença do terapeuta. Elas relataram que, ao realizarem os exercícios em casa, percebiam uma melhora no sono e se sentiam mais calmas e relaxadas. Contudo, foram unânimes ao afirmarem que não alcançavam os resultados que tinham em grupo, como demonstra a fala de Irene: *“Eu tô fazendo em casa, treme bastante. Eu fico quietinha e depois começa a volta ... Mas não é igual aqui não. É diferente (as colegas concordaram)”*.

Vale destacar que nesse período do grupo, as integrantes compartilhavam suas conquistas pessoais e algumas mudanças em suas vidas relacionadas a emprego, lazer e família. Nessa realidade grupal não se incentivava a terapêutica pela fala, e poucas mulheres tinham o hábito de verbalizarem seus problemas cotidianos. Entretanto, o contexto do grupo promoveu a criação de vínculo e intimidade entre elas. As dificuldades expostas eram ouvidas com respeito e reciprocidade e as conquistas individuais eram comemoradas com alegria e entusiasmo. Nesse período do grupo, Silvia criou um grupo no WhatsApp para que elas pudessem conversar e partilhar as novidades.

5.2.3. Terceira etapa

Nos últimos encontros, o grupo caracterizou-se pela harmonia, equilíbrio e engajamento. A aprendizagem foi claramente observada nas participantes do grupo (167). O grupo autodirigia-se, as mulheres já sabiam o que fazer. Os diferentes momentos dos encontros fluíam sem a intervenção das terapeutas, pois havia uma sintonia entre elas. Tanto que, de forma natural e tranquila, organizavam-se quanto ao tempo, ao silêncio, às pausas, e até mesmo era possível notar a coordenação das respirações. Elas conheciam o caminho para a vibração e para a autorregulação e aprenderam a explorar seus corpos e o potencial de cura e prazer que existia

neles. Pichon-Rivière (1970) afirma que os processos vividos em grupo provocam uma ressonância e, nesse sentido, o processo de um integrante pode oferecer suporte para os processos psíquicos de outros membros.

A energia do grupo foi percebida pelas facilitadoras que se sentiam mais confiantes e tranquilas em relação ao processo das mulheres. Era notório que elas estavam mais conscientes, perceptivas e atentas às sensações corporais e muitas experimentaram novos padrões na vibração: interno, calmo, tranquilo, sutil e aguçado. Outras alcançaram novas percepções de um corpo mais presente e integrado:

“Só de fazer a borboleta hoje já tava tremendo... E foi uma beleza!” (Dalva). “Eu tremi um pouco assim... Mas parece que foi bem divagar, parece que tá mais aliviante assim” (Irene). “O meu tremor foi diferente: até o braço direito deu pra dá... aquele tremorzinho bem de levezinho, bem sutil... Depois que eu parei, eu estiquei as perna. Eu senti assim por dentro... aquela vibração bem de levizinho. Foi bom... tô bem assim leve” (Ana). “Eu tremi pouco, que nem semana passada. É, eu sinto confortável, né? Mais devagar (pausa e silêncio)... Devagar fica confortável também” (Tatiane). “Começô bem lentozinho. Depois tremeu mais, tremeu o braço. Tremeu aqui (peitoral). É muito bom... muito confortável” (Elena). “Bom, vibrando esse lugar novinho aqui (mostra o antebraço). Sempre vibra o peito, agora hoje foi desse lado, e do ombro até o braço assim... bem de levizinho... Mas eu sinto mesmo é depois, em casa, assim oh (mostra o peitoral)” (Joana). “A perna tava desconectada... e conectou-se. Glória Deus! (risos) Uai! Parece que tinha saído, sei lá... melhorou depois do treme-treme. Parece que desconecta, mas voltou ao normal. Graças a Deus! Passei muito bem” (Dora). “Foi só daqui pra baixo hoje... Nas perna é onde vibrou mais... é onde tá precisando memo... pra ter mais firmeza, pra mim tá bão... pra semana ser boa...” (Noeli).

A percepção aguçada das sensações corporais (interocepção e propriocepção) contribuiu para uma maior consciência das participantes de si mesmas, como aponta Dora ao relatar sua experiência: *“Sabe o que eu fiz na hora? Eu travei a respiração, cortei em vez de respirar. Sabe, parece que o pulmão ficou cheio no início e aí veio uma dorzinha assim... Nunca aconteceu isso. Aí eu segurei (começa a respirar profundamente e soltar pela boca). Da próxima vez não vou travar, vou soltar”*. Em seguida ela acrescenta *“[...] parece que a gente*

não quer sair lá de fora e entrar pra dentro, né?” (aponta para o peito, o grupo fica em silêncio). A fala de Dora expressa a dificuldade que temos de nos percebermos, como bem destaca Van Der Kolk (132) e Levine (116) ao afirmarem que pessoas em situação de trauma possuem uma inabilidade de percepção corporal e evitam a atenção nas sensações físicas. Nesse sentido, estimular as mulheres a focarem-se em suas sensações internas por meio da TRE permitiu o aumento da sensopercepção e a possível liberação de memórias inconscientes e traumáticas e o contato com as sensações de prazer e vitalidade do corpo (116, 142).

Nos dois últimos encontros, notou-se que o grupo elaborava o processo de encerramento e despedidas. As mulheres estavam mais quietas, caladas e lamentavam o término do grupo, as facilitadoras sensibilizadas e pensativas. Todas nós fomos transformadas nesse processo. As falas eram de agradecimento, tanto das participantes quanto das terapeutas. Elas desejavam a continuidade, mas sabiam que o término era necessário e inevitável. Todo grupo tem um fim.

Para o último encontro, o grupo havia planejado uma confraternização e tínhamos solicitado que as participantes contribuíssem com comidas e bebidas para o momento do lanche. Ficamos inseguras com a realização dessa tarefa porque era comum que apenas as facilitadoras e Silvia (participante) organizassem o lanche dos encontros. E então, de forma admirável, todas contribuíram: a Tatiane, empolgada, levou um bolo confeitado pela mãe; Ana levou salgados que ela mesma produziu; e Irene, imersa num contexto de extrema carência, contribuiu com um pacote de bolachas que depositou timidamente na mesa. As demais levaram bolos, biscoitos e bebidas. Nessas atitudes simples, percebeu-se o carinho e o agradecimento das participantes pelo grupo.

Durante a última vibração fomos tocadas, eu e a outra facilitadora, pelos sentimentos de alegria e de tristeza. Sentimo-nos gratas pela presença daquelas mulheres que confiaram em nós, na técnica, em si mesmas e no grupo, cada uma em seu ritmo, tempo e processo. Elas permaneceram, envolveram-se com a TRE e com a vibração, entregaram-se à oportunidade de crescimento e cura, de experimentarem momentos de prazer, alívio e tranquilidade. O clima era de harmonia, sintonia, sincronicidade (como dizer isso numa pesquisa? O que não é empírico, racionalizado, mas sentido, percebido, tocado). Eu e a minha

colaboradora, espontaneamente, abraçamo-nos, sentíamos uma energia de amorosidade, paz e tranquilidade. Sim, nós sabíamos, independente da pesquisa, que havíamos contribuído com cada uma daquelas mulheres, conosco e com o crescimento do grupo.

5.3. Efeitos da Técnica no grupo

Os efeitos da TRE foram observados desde os primeiros encontros, quando as participantes relatavam sensações de leveza, relaxamento e bem-estar e posteriormente nas mudanças de humor, atitudes e comportamentos. Destacarei aqui os critérios relacionados ao corpo (prazer, relaxamento e sono, redução das dores físicas e aumento da vitalidade e disposição) e ao aspecto comportamental e psicoemocional (mudança de humor e liberação do estresse, mudança comportamental e autoestima).

5.3.1. Prazer, Relaxamento e Sono

Era comum, no grupo, que as participantes chegassem agitadas, inquietas e falantes. Esses comportamentos mudavam após a prática do tremor. Elas se mostravam calmas, tranquilas, silenciosas e sonolentas, com o corpo mais solto e relaxado (tônus muscular, postura, bocejo, fala mais vagarosa e mansa). Esses resultados corroboram com os estudos de Moore (121), Herold (122), Talvinen (125), Amaral (110) e Heath e Beattie (127). Nos relatos das participantes:

“Nossa, dá um relaxamento, né? Você fica até mole. Tô ótima, mais leve... tô aqui parecendo um boneco de mola (risos)” (Zilene). *“Relaxada, relaxei muito, tô bem... bem mesmo”* (Noeli).

Ao final do encontro, diferentemente do início, as participantes tinham dificuldade para falar sobre como se sentiam, devido ao estado de relaxamento, bem-estar e sono. Era evidente que a técnica servia como estratégia para alívio da rigidez e tensões corporais. Algumas participantes falavam sobre as suas sensações de leveza e tranquilidade:

“Meu corpo tá ótimo, bem mais leve, bem mais calmo, bem mais tranquilo” (Elaine). *“Parece que a gente desestressa o corpo do dia a dia, né? Entrei com um peso e tô*

saindo leve, né? Eu tô me sentindo assim leve” (Elza). “Eu tava bem assim... parece, carregada. Assim... e agora eu tô bem leve” (Soraia). “Depois do exercício, eu relaxei o corpo, fiquei bem... o corpo está bem, menos tenso... tô tranquila” (Tatiane). “Eu relaxo quando faço meus exercício do tremô. Quando tô lá no meu cantinho, quietinha (mostra o canto que ela colocava o colchonete)” (Elena). “Eu tremi que nem semana passada e senti assim os braço relaxá. Eu achei que relaxou (fala bocejando forte, o grupo dá risada) ... descansou assim, sabe?” (tom de voz baixo e lento) (Ana).

A possibilidade de explorar o corpo por meio dos tremores permitiu às mulheres contactar sensações agradáveis e prazerosas:

“Foi diferente pela primeira vez, mas foi muito bom. Parece que estava (referindo-se ao tremor agradável que subiu pela coluna) ... foi muito agradável (ênfatisa, fala com muita empolgação). Eu tremi muito... estou muito bem... porque, assim, foi muita emoção. Eu gostei bastante (sorri)... Eu achei um acontecimento completamente diferente” (Dora). “Nossa, o tremô é ótimo! Nossa, meu tremô é muito bom! Nunca imaginaria que pudesse colocar o corpo para (movimento com as mãos fazendo) ... de sentir tudo isso...” (Elena).

Algumas mulheres diziam que o tremor estimulava sensações de prazer sexual e se divertiam com isso, fenômeno também revelado no estudo de Lynning et al. (126). As brincadeiras sobre “namorados”, “saídas” e “desejos” permeavam os encontros e na entrevista final algumas revelaram o aumento do interesse pelo sexo:

“Eu posso fazê uma pergunta? A gente que é de idade assim (risos)... na hora que eu tava deitada ali, veio uma sensação de prazer. Eu fiquei assim, estranha... aquela emoção forte assim... Eu falei: Deus do céu!” (risos) (Noeli). “Tô boa... Só precisava de um homem pra agarrá ele agora” (risadas do grupo) (Zilene). “Eu tô ótima. Pra mim foi ótimo, mas nós podia era fazê outra coisa” (Leticia referindo-se ao sexo, o grupo dá risada). “A vida sexual melhorô bastante. O sexo tá bom demais, ótimo” (risos) (Elena).

A sensação de sono também era descrita regularmente pelas participantes durante e após a vibração. Na entrevista final, muitas (13) disseram ter melhorado a qualidade do sono e eliminado a insônia, o que foi associado por elas com a prática da TRE:

“Feliz da vida! Quero só um travesseiro pra dormi (risos). Eu não dormia mais, acordava no meio da noite, não dormia... Agora durmo bem e quando acordo durmo rápido” (Elza). *“Tô sentindo, assim, com vontade de dormi. Se eu deitá na cama, eu durmo. Eu cheguei e não tava nem abrindo a boca. Agora eu tô... (bocejo, risadas do grupo)”* (Dalva). *“Eu durmo bem no meu colchonetzinho (risos). E quando chego em casa, chego, ronco no sofazinho. Quando chega oito horas, meu esposo tem que me chama. Eu tomo meu remédio e vô deitá”* (Carmem). *“Eu não conseguia dormi direito. Acordava várias vezes na noite, custava durmi. Às vezes ia dormi tava quase na hora... E aí, depois dos exercício, tá bem mais leve, tranquilo, um otro corpo... Hoje meu sono tá perfeito”* (Elena). *“Eu passei bem essa semana. Tô dormindo bem à noite. Isso é uma benção”* (Noeli). *“Depois dos exercício, melhorô o sono. Fiquei mais tranquila, com mais paz”* (Ana).

Elaine, Noeli, Nara e Soraia frequentemente dormiam durante o tremor, o que era visto pela pesquisadora como um recurso dissociativo causado pela vibração e necessário para cura destas mulheres. Essa interpretação é confirmada em Levine (107), Scaer (5) e Silva (49) ao afirmarem que a dissociação preserva a integridade do organismo ao proteger as pessoas de situações dolorosas, impactantes e insuportáveis.

Afastar-se da realidade era uma estratégia que o organismo dessas mulheres utilizava para, temporariamente, fugirem da dor e do sofrimento. *“Eu dormi tão bem que nem deu tempo de sonhá (risos)”* (Elaine). *“Eu vibrei bem daqui pra baixo... (aponta para o abdômen) quase que voo, foi bão... Até dormi”* (Noeli). Nas narrativas, elas apontavam que no momento do sono viam imagens variadas, de pessoas queridas, como revela a fala de Soraia sobre o filho falecido: *“Veio uma lembrança boa assim... como se diz? Uma lembrança boa do meu filho na minha cabeça... assim ... Não é uma lembrança que eu fiquei triste, é uma lembrança boa.”*

Infere-se que, no decorrer do processo, elas recorreram à resposta dissociativa como mecanismo de suporte, refúgio e fortalecimento e com calma e tranquilidade foram naturalmente reduzindo o tempo de “escape” e sozinhas conseguiam retornar com mais facilidade para o grupo. Gradativamente, a dissociação permitiu às mulheres acessar e amortecer as dores e liberá-las com segurança e autorregulação. Isso corrobora com Pedrosa

(informação verbal¹²), pois ele diz que a dissociação em “doses homeopáticas” contribui para que o organismo integre a experiência dolorosa. O terapeuta acrescenta que cabe ao facilitador, com sua presença e apoio, oferecer condições para que a pessoa vivencie esse processo sem permanecer neste.

A princípio era comum, por meio do toque e da voz (minha ou da outra facilitadora), direcioná-las para retornar à situação presente, orientando-as a perceberem o corpo, a respiração, o lugar em que elas estavam e as pessoas ao redor. Ao final dos encontros, essa resposta adaptativa era pouco utilizada, e elas podiam acessar o prazer nas sensações corporais sem recorrer ao sono: *“Eu não tô viajando muito mais não (risadas)... nem durmo”* (Noeli).

Como o grupo acontecia às segundas-feiras, as mulheres utilizavam a vibração como uma estratégia que as ajudava a se sentirem melhor para iniciarem a semana, como expressam as falas abaixo:

“Tive muita vontade de estar aqui. Movi céu e terra e estou aqui. Glória a Deus! Era pra não estar, mas eu falei: eu preciso, senhor... eu preciso... Vamos liberá... Agora o corpo tá leve, dá pra começar a vida lá fora. Amém! Porque o dia que começa assim, né?” (faz um gesto com as mãos de ok) (Dora). *“Eu me sinto muito bem, porque agora passo o resto da semana todinha bem”* (Soraia). *“Eu faltei a outra semana e senti muita falta. Não é a mesma coisa... Minha dor nas costas voltou, mas graças a Deus eu estou aqui. Agora tô bem leve. Nossa senhora, eu tava ansiosa pra chega na segunda, contando os dia pra pode vim... porque é diferente na semana que venho”* (Elena).

5.3.2. Sintomas físicos, flexibilidade e vitalidade

A TRE mostrou-se eficaz para a redução das dores nas mulheres do grupo e no aumento da vitalidade e disposição, confirmando os estudos de Herold (122), Salmon (123) e Stepišnik Perdih (113). Elas chegaram com queixas relacionadas a dores no corpo e tensões na

¹² Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

coluna, pernas e braços. A prática dos exercícios, de acordo com os depoimentos, gerou alívio dos sintomas:

“Nossa tô sentindo o corpo leve, porque, de dezembro pra cá, tô tendo problema de coluna muito sério. E hoje mesmo eu falei pra minha mãe de uma dor no braço. Tem dia que eu amanheço com o corpo tudo doendo, cada dia ataca num lugar. Então, agora tô sentindo o corpo leve. Minha vontade é de deitar e dormir” (risadas) (Elza). *“Eu tô bem agora, não tô sentindo dor nenhuma. Não tô sentindo dor nos braços, nem assim... (mostra lombar) Porque tava doendo... nossa, muito alívio. Foi maravilhoso! Aqui oh (aponta na região da cervical) soltô também”* (Dalva). *“Eu tô bem. Tava meio travada assim (mostra os ombros), tava doendo. Na hora que fiz assim (movimenta os ombros), tava tudo doendo. Melhorô, num tô nem sentindo mais nada oh (movimenta os ombros novamente)”* (Ana). *“Eu tava travada e distravô tudo. Depois do treme-treme, não sinto dô mais não.... não, não dói mais não (as pernas) ... Teve muito descarrego, em tudo. Depois do treme-treme, eu não sinto dô mais não”* (Noeli). *“Eu tô bem, tremi bem, o corpo descansou, porque eu cheguei aqui com uma dor, como diz os antigos, na escadeira... Já melhorou. Glória a Deus! Sarou, foi embora... Eu tremi o braço apesar da dô. Até a dor tá indo embora, tava respirando e tava aqui (mostra a mão fechada no peitoral simbolizando que estava apertado). Foi bom demais porque até a dor foi embora”* (Dora).

Interessante apontar que as mulheres inicialmente tinham dificuldade na execução dos exercícios da TRE e gradualmente foram se soltando e flexibilizando os movimentos, abaixavam e levantavam, subiam e desciam com mais facilidade. E, ao mobilizarem seus corpos, novas percepções surgiam:

“Daonde que quando eu comecei eu sentava desse jeito?” (mostra as pernas cruzadas) (Letícia). *“Eu tava travada e distravô tudo...”* (Noeli). *“Fisicamente, assim, sabe... eu não conseguia fazê nem a borboleta (posição das pernas na TRE). Aí, de repente, me soltei tanto na fala quanto no corpo físico. Minhas tensões foram embora com o treme-treme”* (Dora). *“Foi bom... tô sentindo menos tensa”* (Tatiane). *“No primeiros dia, eu não conseguia agachá, né? Por causa da coluna. E hoje, graças a Deus, eu tô bem... nem sinto a coluna. Antes dos exercícios, nossa, eu me sentia péssima, era um corpo pesado, era uma ruinzera no corpo... Depois dos exercício, eu me sinto bem mais leve, bem mais...”* (Elena). *“Ah, eu, antes, eu me*

sentia assim... meu corpo, assim... travado de tanta tensão... de tanta... (faz um gesto com as mãos de apertar, demonstrando rigidez) Depois dos exercícios, melhorô bastante” (Soraia). “Os exercício ajudô as perna a movimentá mais... ajudô na artrite... Parece que ficava melhó” (Irene).

A prática constante de explorar as sensações internas propiciou às mulheres o desenvolvimento de uma consciência corporal mais aguçada, como apontam Dora e Elena:

“Antes do grupo, antes do treme-treme eu era completamente endurecida, sabe? Parece não, certeza absoluta, sabe? Uma vez ou duas vezes eu tremi os braços aqui, trabalhou aqui (aponta para braços e ombros). Foi muito bom porque até então eu não percebia que andava assim ó... (levanta os ombros e endurece os braços na lateral) Aí, depois do treme-treme que eu descobri que eu era assim, sabe? Porque, olhava no espelho, parece que os ombros tava levantado. Depois eu me soltei. Foi muito bom, foi bastante bom...” (Dora). “Meu corpo mudou. Antes dos exercícios ele era pesado. Ele tá ótimo, bem mais leve, calmo e mais tranquilo” (Elena).

O grupo tinha participantes acima de 70 anos como Marlene (73) e Joana (75) e foi necessário adaptar os exercícios para que não provocassem dor e desconfortos. O corpo foi estimulado ajustando as posições e tínhamos o cuidando de as auxiliar. Contudo, havia a hipótese da evasão delas no grupo devido aos desafios que a técnica demandava. Mas, surpreendentemente, elas foram assíduas. Marlene faltou apenas duas vezes e Joana participou de todos os encontros. Eram visíveis a alegria e a disposição dessas integrantes na realização dos exercícios da TRE, o que gerava surpresa por parte das outras participantes. No decorrer dos encontros, elas não precisavam de cuidados especiais e realizavam os movimentos com as outras mulheres. Relatavam os benefícios dos exercícios:

“Minina, os exercício ajudô demais. Eu sentia minhas perna travada. Entrava na marra dentro dum carro, assim oh... Ia descer do carro e tava ruim. Nossa, agora tô mais solta. Eu percebi ficou mais solto mesmo. Tô te dizendo, antes do exercício era diferente meu corpo. Parece que tinha um peso, aquela ruinzera, né?” (Joana). “Eu, quando comecei aqui, tava com dor nos rim, dando câimbra nas perna... Graças a Deus melhorei mucho, mucho, mucho... E tomem, teve muita alegria” (Marlene).

As mulheres foram demonstrando mais vitalidade e disposição, percebidas nos movimentos expressivos (gestos, postura corporal), no brilho dos olhos, na alegria e nas atitudes em grupo e no dia a dia:

“Eu acordei bem animada. Dei banho em seis cachorros, levei pá vacina. Cheguei em casa naquela vontade de trabalhá, porque eu sou preguiçosa. Não é preguiça, é cansaço (risada). Aí eu pensei: vô arrumá minha casa todinha... Eu arrumei tudo, ficou limpin. Eu tava numa disposição” (Dalva). *“Eu passo a semana bem, o corpo bom, tenho mais disposição pra fazê as coisa também, muito bom... Gostei muito. Eu num tinha vontade de vive, assim, de sair. Agora eu saio, eu me sinto mais alegre, mais feliz”* (Soraia). *“Então tô renovano... tem que renovar um pouco (risada). E tá bom... Nossa, eu mudei muito e muito... muito mesmo... sô outra Noeli”* (as mulheres falaram para Noeli que ela estava diferente, estava radiante e feliz. Ela confirmou) (Noeli). *“Eu trabalho, eu num paro. Eu acordo cinco, seis e meia da manhã e num paro... E aí fiquei com mais disposição e graças a Deus mudô várias coisa pra melhó”* (Elena). *“Antes dos exercício, eu ficava muita parada. Depois dos exercício, tem mais movimento, assim... tem vontade de fazê as coisa... Antes do grupo, era mais sem vontade de fazê as coisa. Depois do grupo, tenho mais vontade fazê as coisa, de andá... Eu gosto de andá”* (Irene).

5.3.3. Estresse, ansiedade e humor

Ao final dos 16 encontros da TRE, evidenciou-se uma expressiva mudança na saúde mental das participantes, que iniciaram o grupo apresentando diversos problemas emocionais relacionados à depressão, ansiedade e estresse. No decorrer do processo, percebeu-se que elas foram impactadas pela técnica, umas menos e outras mais, considerando a gravidade do estado em que se encontravam e do envolvimento com o tremor. Todas relataram alterações no humor e nas emoções, confirmando os estudos de Bercei (1), Salmon (124, 175) e Lynning et al. (126). Diferentemente da entrevista inicial, as participantes chegaram na entrevista final sorridentes, animadas, havia um cuidado com a aparência e elas respondiam às perguntas com clareza e consciência. O sorriso e a alegria apareciam com frequência, as mulheres mostravam-se mais

seguras e confiantes, o tom de voz era mais alto e firme, o corpo mais ereto e enérgico. Muitas relataram uma melhora no estado deprimido:

“Meu humô melhorô mais. Agora tá mais distraído, né? Mais alegre, não tem mais aquela tristeza (falando rindo)... Vixe, eu já fiquei muito triste, fiquei muito mal. Às vez não queria nem ir pra rua. Quando num ficava triste, ficava com raiva. Parece que diminuiu a raiva, né? O sentimento ruim que eu tinha agora diminuiu, diminuiu bastante, mudô bastante coisa. Hoje não tô com raiva e nem triste (sorri)” (Irene). *“Ah eu, assim... antes d’eu começá no grupo, eu era uma pessoa assim... eu era triste, assim... eu num gostava de saí de casa, ficava só em casa, né? Então eu... eu tinha, assim, um sentimento muito grande, assim, dentro de mim. Num é dizê que cabô, assim... Eu me sentia muito culpada. Assim, eu tem, mas num é que nem era, diminuiu bastante. Eu não me sinto assim mais triste o tempo todo”* (Soraia). Ela acrescenta: *“Os exercício me ajudô bastante, me ajudô... como se diz... a voltá a vivê. Antes dos exercícios, eu era totalmente desiludida. Depois dos exercícios, eu senti mais vontade de vivê”*. *“Eu comecei assim, assim, né? Meio triste, meio pensativa. Qualquer coisa eu ficava triste, deprimida. Agora não, agora sei lá... Eu acho que dá pra superar. Hoje eu não sinto igual eu sentia antes, quando a gente começô. Agora me sinto alegre, hoje sou muito feliz”* (Elena). *“Meu humor era muito variado, antes dos exercícios, aí! Eu era tensa, angustiada e tinha uma opinião formada. Depois dos exercícios, tudo mudou. Glória a Deus! (risos) Nem sinto mais angústia, sentia. Mas agora eu estou bem melhor, graças a Deus...”* (Dora). *“Não sinto mais aquela tristeza não. Faz tempo que não fico triste (fala sorrindo). Hoje tô bem tranquila e sinto alegre quando vô pros grupos”* (Tatiane).

Aqui pode-se destacar as mudanças no quadro depressivo de Letícia, que se integrou ao grupo após 2 tentativas de suicídio, relatando comportamentos de automutilação. Era comum que ela chegasse ao grupo chorosa, triste e queixosa. Após a prática da TRE, mostrava-se animada, fazia graça e provocava as outras participantes. Ela contou que, mesmo com a interrupção da medicação, não havia praticado a automutilação e nem tentado suicídio, após sua inserção no grupo: *“não tô cortano mais não. Tá mais controlado... às vezes tenho vontade de ficar sozinha, mas aí eu fico quieta. Também num tentei mais nada”*. Letícia era engajada com o grupo, contudo, em muitos encontros recusava-se a praticar a TRE, o que era respeitado pelas facilitadoras. Era perceptível que o tremor provocava mudanças no humor de

Letícia, evidenciadas na redução das queixas e diminuição dos choros e lamentos (em relação ao casamento). Era notável que a esquiva para a realização dos exercícios, inversamente, contribuía com o aumento desses comportamentos. Destarte, não participar das atividades gerou um distanciamento dela em relação às outras participantes que estavam em outro momento de crescimento no grupo. Embora ela tenha tido resultados com a técnica, chego a inferir que Letícia inconscientemente sabotava seu processo de mudança e buscava ganhos no adoecimento, o que estava implicado com sua história de vida.

Outras mulheres apontaram uma redução do estresse e da ansiedade, além de se perceberem mais equilibradas na resolução dos problemas cotidianos. Isso remete aos estudos de Bercei (1), Moore (121) e McCann (4). Elas descrevem:

“Não me sinto mais ansiosa não, já me senti. Agora estou bastante relaxada, calma e tranquila. O estresse foi embora, agora sou fácil de ser cuidada e de cuidar também através do treme-treme. Glória a Deus” (Dora). *“Fui perdendo o interesse até de discuti, sabe? Eu era uma pilha. Quando eu ficava nervosa, dentro de casa... cachorro, gato que aparecia, comia o pau. E agora (faz expressão de indiferença) ... porque vô falá procês, quando eu comecei aqui, eu era muito estressada, estresse tinha pá dá e vendê. Essa vinda minha aqui foi que me ajudô. Eu e minha cabeça. E agora eu penso melhor pra podê falá, né? Quando eu queria falá, não tinha nada que me segurasse (risos)”* (Dalva). *“Pra mim foi muito bom. Igual, assim... os sentimento, né? Tá melhorando os sentimento ... que eu tava... é, os sentimento mudô... ah, a raiva diminuiu, ainda tem, mas não”* (Irene). *“Mudô muita coisa, sabe? Porque a gente ficô mais tranquila. Não fico mais pensando ‘amanhã é dia d’eu fazê isso’ (risos)”* (Joana). *“Estresse, graças a Deus, hoje nem tenho (sorri)”* (Elena). *“Eu mudei. assim... os pensamento, as preocupação... Agora eu não tô nem aí cum mais nada. Às vezes, meu fio tá e fala ‘mãe, cê tá calma demais’. Agora tô até sonsa demais (risada)”* (Noeli).

5.3.4. Autoestima, comportamento e relacionamentos

A mudança de comportamento das integrantes foi evidenciada pela forma como elas se apresentavam no grupo, por meio dos relatos compartilhados no início dos encontros e

na entrevista final. No grupo, as mulheres mostravam-se mais ativas e participativas (organização da sala e da confraternização, criação do grupo de WhatsApp, movimento para participar dos encontros); observou-se maior cuidado com o corpo e aumento da autoestima (cuidados com a aparência e relatos de prazer com elas mesmas); mostraram-se mais comunicativas e extrovertidas (mais naturalidade ao expor as experiências relacionadas ao tremor e as novidades da semana, aumento das brincadeiras umas com a outras e interesse pela vida das pesquisadoras). No que se refere às modificações na vida das participantes fora do grupo, percebeu-se pelo relato: aumento da autoestima, mudanças no relacionamento familiar, mudanças na social e amorosa, busca por prazer e diversão e novos posicionamento diante das dificuldades.

Mais da metade das mulheres apresentou significativas mudanças em relação à aparência e à autoestima: *“Hoje gosto de tudo em mim”, “Sinto prazer em tudo que faço hoje”, “Meu corpo está ótimo”, “Hoje sô outra pessoa”, “Hoje sinto mais vontade de vivê”*. Noeli contou animada que tinha ido a uma festa na igreja e o grupo surpreendeu-se com a mudança na aparência dela: *“[...] mudei tudo, até o cabelo (risada). Tô renovada, tô é uma joia mesmo (risada). Só tá precisando agora é achar um fulano de Jesus (gargalhada). Mas será que vô sabe? (gargalhada). Acho que eu nem vô sabê mais...”*. Percebe-se uma melhora na autoestima de Noeli, o resgate da feminilidade e sexualidade, pois revelou alegremente na entrevista final que tinha iniciado um namoro com uma pessoa da igreja e que seu desejo sexual tinha retornado.

E assim como Noeli, muitas mulheres tiveram mudanças na vida amorosa: Soraia relatou que estava mais vaidosa, cuidando de si mesma e sentindo prazer pela vida. Revelou também ter saído para dançar forró e que desejava arrumar um namorado: *“ah, como se diz... agora eu ando gostano mais de mim. Agora tô indo até no forró pra mim diverti. Minha amiga falô: ‘Soraia, cê pode arrumá um namorado’”* (risos). Elena também conta, sorridente, que *“estava voltando a viver”*, decidiu assumir um relacionamento e estava feliz com ela mesma e com sua sexualidade. Silvia revelou no grupo que estava se sentindo mais feliz com o esposo e que não pensava mais em se separar dele. Joana, nos últimos encontros, era provocada pelas colegas do grupo sobre um possível namoro.

Outras participantes experimentaram mudanças em relação ao contexto familiar. Silvia e Letícia relataram melhora na relação com os pais: “*Nossa, hoje eu consigo abraçar meu pai*”, “*Sei lá, ele pegô mais carinho comigo*”. Irene contou que a relação com o irmão estava melhor: “*Diminuiu as briga. Ele tá mais tranquilo, eu acho que eu também tô*”. Dora declarou que aprendeu a ouvir a opinião da filha: “*Eu era bastante endurecida. Tipo, a Carla, minha filha, pedia pra eu fazer alguma coisa e vou fazer é nada... acho que eu não sabia ouvir. A pessoa tava falando... eu, eu tararara. Eu passei a ouvir mais, ouvir mais as pessoas, a escutar os conselhos das pessoas, passei mais a... antes não, antes eu (ênfase) não deixava as pessoas me manda. Eu tinha uma opinião que as pessoas me mandava. Depois de você, a opinião mudou, sabe?*”

A maioria das mulheres mudou a percepção sobre si mesmas, em que se se percebiam mais felizes, confiantes e seguras. Observa-se na fala de Dora, que além da mudança em relação a autopercepção, houve uma mudança na capacidade de confiar e se relacionar com os outros: “*Esses dias eu pensei: ‘engraçado, eu mudei foi depois do treme-treme. A minha opinião formada mudou muito. Agora não, passei a ter menos opinião formada. [...] E confio agora nas pessoas que eu nunca confiava. Tinha dificuldade até em falar bom dia. Eu era muito desconfiada. Eu falar bom dia? Era um caso muito sério. Agora eu confio nas pessoas... converso, relaciono, conto muitas coisas que me acontecem. Assim, peço oração... Hoje eu tenho mais facilidade em me relacionar com as pessoas*”. A mudança na autopercepção e o aumento da consciência corporal e mental também se revelaram nos estudos de Nibel (123) e Thommessn e Fougner (128).

Além de Dora, outras integrantes foram melhorando a interação social. Destaca-se Irene e Tatiane que mudaram sua postura no grupo, de quietas e silenciosas para participativas e comunicativas. Tatiane, em especial, chegou com diagnóstico de Fobia Social e depressão, demonstrava inicialmente uma acentuada dificuldade para falar de si mesma ou da sua semana, o que foi se modificando no decorrer dos encontros. Surpreendeu a todos ao relatar, empolgada, que tinha ido ao shopping com a mãe e posteriormente compartilhou sua experiência no dia da eleição, quando precisou votar. Tornou-se comum ela compartilhar com alegria e entusiasmo o aprendizado nos cursos de crochê e decapagem. Ela relata: “*Quando eu comecei no grupo, eu*

comecei muito fechada, eu ficava mais na minha. E depois eu fui me adaptando, ficando mais melhó. [...] Acho que perdi um pouco mais da timidez, tenho mais vontade de fazê as coisa”.

Elaine, apesar da recaída e da evasão nos últimos encontros, foi uma participante que apresentou importantes progressos: fisicamente, mostrava-se mais fortalecida, manteve-se em abstinência por alguns meses e relatou no grupo que estava se recuperando bem. Procurava por trabalho e tinha voltado a estudar na escola da filha - queria aprender a ler. Sua ausência gerou preocupação no grupo, e particularmente precisei lidar com a frustração de não a ter ajudado de acordo com minhas expectativas iniciais. Fiz alguns movimentos para resgatá-la de volta ao grupo por meio de telefonemas e visitas à família, mas não foi possível retomar contato. Esse caso foi importante no sentido de provocar reflexões sobre os limites da técnica no atendimento de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade e mostrou a necessidade de integrar a TRE a uma rede de apoio e às políticas públicas que contemplem este público.

5.4. Reflexões finais

Com o aprendizado da técnica as mulheres adquiriram autonomia para cuidarem de si mesmas e do próprio processo de crescimento. A técnica revelou-se uma ferramenta auto terapêutica e promotora de saúde e equilíbrio. Muitas integrantes declararam praticar a TRE em casa e relataram resultados, mesmo de forma diferente da experiência em grupo, o que nos leva a afirmar que o grupo se constituiu como poderoso método de cura e transformação potencializando os efeitos da técnica. Contudo, a prática dessa ferramenta fora do contexto grupal pode ter contribuído com expressivos resultados para muitas mulheres, o que poderá ser investigado em futuras pesquisas. Como relata Dora: *“Eu fiz lá, deu certim, foi uma técnica boa, coloco um cobertor no chão e vou fazendo, foi um ensinamento bom da sua parte... eu tô usando tô usando (ênfase), tudo que você ensinou eu estou fazendo e tá sendo muito bom e tá trabalhando o corpo...até aqui assim sabe oh (mostra o peitoral) treme muito agora ... glória a Deus, aleluia... e liberou mesmo... amém!”* (risos).

Foram 16 encontros, pouco, diante de tantos fenômenos a serem explorados, em corpos com tantas memórias e infinitas sensações; muito, se considerarmos as incontáveis

experiências e as diferentes conquistas alcançadas por estas mulheres. Quantas mudanças ocorreram nos aspectos emocional e comportamental das participantes! É claro que elas precisavam de mais, como todos nós precisamos, nessa infinita possibilidade de crescermos, melhorarmos e nos curarmos constantemente!

Infere-se que os resultados da TRE foram mais significativos para aquelas mulheres que estiveram mais envolvidas, não simplesmente com sua presença no grupo, mas por meio da prática e da entrega à experiência de tremer o corpo com interesse e confiança, de movimentarem a musculatura, os psoas, liberando tensões, ampliando percepções. Para a maioria das mulheres, os primeiros resultados aconteceram na primeira experiência com a vibração, e depois disso elas retornaram, sentiram algo acontecer em seus corpos, uma leveza, uma soltura, um alívio das tensões, um descanso ou relaxamento, e assim o processo começou e gradativamente o tremor foi quebrando estruturas, acessando camadas mais profundas, organizando o SNA, movimentando-se pelas fáscias, conectando, integrando, e liberando dores, angústias, emoções, sentimentos: *“foi bastante bom, foi assim agradável, o corpo da gente realmente se solta, fica leve, a mente da gente...você nem lembrava que existia um mundo lá fora... lembrava de cuidar do nosso corpo físico, isso foi muito bom porque pela primeira vez aos sessenta e um anos que me aconteceu foi maravilhoso (ênfase), por quê num aconteceu antes né? (risos) ...foi maravilhoso...”*. (Dora)

CAPÍTULO 6 - A TRE NA ELABORAÇÃO DO ESTRESSE E TRAUMA: A TRAJETÓRIA DE MAURA, SILVIA E NARA

6.1. A trajetória de Maura

6.1.1. Breve história de vida

Maura é uma mulher de 67 anos, mas sua aparência apresenta mais idade. As marcas de expressão, os olhos caídos e tristes e os cabelos brancos denunciam uma trajetória de sofrimento e privações. É viúva, negra, analfabeta, evangélica praticante e mãe de 15 filhos, sendo apenas 6 sobreviventes. É baiana e foi para Goiás com a família em busca de trabalho e melhores condições de vida. É aposentada e com essa renda mantém as despesas da casa e sustenta dois filhos que residem com ela, além de ajudar outros filhos e alguns netos. Diz ter uma filha cadeirante que depende demasiadamente dela e um filho que é alcoólatra, o que lhe causa preocupações e tristeza.

Maura relata ser a filha caçula de dez irmãos, estando entre os quatro que sobreviveram, pois, os outros seis irmãos faleceram (alguns com até 3 anos de idade e uma irmã aos dez anos). Conta que sua infância foi marcada pela fome e miséria: *“Minha infância... não foi muito boa não. Era muito doente, sentia dor de barriga direto, faltava alimento”* (fica em silêncio por alguns instantes). Lembra que ela e os irmãos andavam 12 km para chegar à escola e a falta de comida lhes causava dores abdominais, pois a escola não oferecia comida e, como não tinham dinheiro, eles ficavam privados de alimentação. Fala com os olhos lacrimejados que o passado dela é sinônimo de tristeza e sofrimento: *“Meu passado é triste, é esse mesmo, não gosto nem de lembrá... me lembro com tristeza desse sofrimento”*.

Ela descreve a infância como um período difícil, de muito trabalho e dificuldades. Ela e a família moravam na zona rural no interior da Bahia e todos trabalhavam nas lavouras. Conta que começou a trabalhar na “roça” aos 14 anos e que sempre conviveu com miséria, e que ao se casar e ter os filhos a situação piorou: *“Muito difícil mesmo... nesse tempo dos meus pai, eu era muito sofrida. Depois arrumei um marido, pensei que melhorava e ficô a mesma coisa... É, porque começô a ter o filho, né? E a dificuldade sempre aumentando”*. Ela relata ter se casado aos 16 anos e que as brigas entre ela e o esposo eram constantes, pois ele não

conseguia suprir as necessidades da família, sendo alcoólatra, promíscuo e irresponsável: *“O marido era atrapalhado demais, gostava de ir pra rua (risada), arrumava mulhé por lá e deixava a gente sem... Aí nós ia brigar (risos), ficava valente, mas tinha que suportá, né?”* (risada). Maura descreve esse marido como “safado” e agressivo. Contudo, segundo ela, as agressões eram verbais e não físicas, e acrescenta dizendo, em meio a risadas, que ela o teria matado caso fosse agredida fisicamente: *“Eu era muito valente”* (risos). Ela ficou casada com esse homem por sete anos e teve sete gravidezes, seis perdas (abortos e natimortos) e apenas um filho sobrevivente dessa relação. Ela lembra que, após sete anos de casamento, ele desapareceu, abandonando-a com o filho sem nenhuma comunicação e que não soube mais notícias dele desde então.

Maura continua sua narrativa contando que depois do “abandono” do marido, ela ficou sozinha por três anos e após esse tempo conheceu outro homem e decidiram por morar juntos. Ficou “casada” com o segundo marido por 26 anos até o falecimento dele. Seu marido faleceu há 15 anos em decorrência de hepatite proveniente do consumo excessivo de álcool. Com esse marido ela teve 7 filhos, tendo falecido dois. Diz que esse marido era um “bom homem”, dedicado à família e fala que sente sua falta, mesmo com os problemas que ele tinha com a bebida (“Ele bebia todos os dias”), e que após seu falecimento ela se sentiu muito sozinha: *“[...] porque ele era dedicado à família, não era um homem de vaidade, de festa em festa, o compromisso era com a família, sempre tava unido... Tanto que, quando morreu, eu quase ia morrendo também de tristeza”*.

Maura fala com a voz trêmula e os olhos marejados das perdas dos filhos ao longo da sua vida. Relata em detalhes os abortos e as dores vividas em decorrência desses acontecimentos. Sua primeira gravidez foi aos 17 anos e a última aos 40, quando fez a laqueadura (o filho mais jovem tem 27 anos). Nesse período, ela teve 15 gestações, incluindo os abortos, natimortos e falecimentos de algumas crianças. Apenas dois partos foram realizados em hospitais por médicos e todos os demais aconteciam em casa sendo conduzidos por parteiras. Das 15 gestações, apenas 6 crianças sobreviveram. Diz que corria risco de vida nos abortos, pois não havia assistência médica no interior da Bahia e casos como o dela eram tratados pelas parteiras e por curandeiros locais: *“Eu quase morria também, quase eu ia morrendo. Eu fiquei ruim, ruim, ruim mesmo”*. Ela ainda acrescenta que não produzia leite para

amamentar os filhos e necessitava da ajuda dos vizinhos para doar o leite de cabra para nutrição das crianças.

A fome e a desnutrição com certeza contribuíram com as perdas de Maura. Ela relata uma situação que a marcou intensamente: quando grávida de 06 meses, estava na feira e sentiu demasiado desejo de comer “[...] feijão com pernil de porco”. Mas por não ter condições financeiras para comprar, ela não pôde adquirir o alimento. Associa a perda do bebê com o desejo que teve de comer: *“Foi uma vontade que eu tive de comer um feijão com pernil de porco. E aí, eu me segurei, né? Pra não comer. Eu tava sem dinheiro... Eu não vô pedi não... aí, eu passei uns três dias com aquele cheiro, chega enchia a boca de água... Vontade de comê lá a comidinha. Eu acho que foi isso (risos), acho que foi isso, porque eu não sentia outra coisa (risada)”*.

De acordo com o relato, os filhos natimortos não chegaram a ser registrados, pois não havia recursos na zona rural e o acesso à cidade era complicado: *“Naquele tempo era mais difícil, né? Médico e as condições, né? Nascia vivo, mas não dava tempo de batizar. Batizava em casa com João, Maria (risada)”*. Como não havia médicos, diz ser ela mesma a tratar das crianças utilizando ervas e medicamentos caseiros: *“Tudo caseiro... a dotora era eu (risada)”*. Acrescenta sorrindo que recorria às orações para socorrer os filhos quando estavam doentes: *“Quando eu precisava, eu orava por eles... Deus abençoava”*.

A entrevistada relata que na Bahia ela e a família trabalhavam nas lavouras nos períodos de colheita, mas com o término da safra ficavam sem trabalho: *“Aí, quando terminava a safra a gente ficava com os braços cruzados. Agora que tá parecendo um trabalhinho, mas era ruim demais pra trabalhá”*. Acrescenta que a situação melhorou relativamente após o surgimento do programa Bolsa Família, contribuindo com a renda familiar: *“Veio melhorá depois que começaram o Bolsa Família”*. Quando o esposo faleceu, Maura conta que ainda moravam na Bahia e teve muitas dificuldades financeiras. Sentiu-se desamparada com os filhos para sustentar, pois apenas dois deles eram maiores de idade e conseguiam trabalhar: *“Aí, Deus nunca desampara a gente, né? Tem que confiar primeiramente em Deus e sempre Deus abençoou que passô a pensão dele para mim”*. O discurso religioso de Maura era constante durante nossa conversa.

Ela conta que os dois filhos maiores já moravam em Goiás e assim decidiu mudar-se para o estado em busca de melhores condições de vida. Relatou várias vezes não sentir vontade de voltar para Bahia: *“Voltá lá parece que volta tudo de ruim, né? Tanto assim que nem faço força de voltá lá”*. Atualmente Maura reside com uma filha de 40 anos que é cadeirante e o filho caçula de 27 anos e os mantém financeiramente. Ela participa do grupo de idosos do CRAS e diz gostar muito. Ela define-se como uma pessoa muito ansiosa: *“Tem vez que eu sofro, tem vez que eu quero fazê as coisa e não consigo. Tem que dependê do oto, e me dá aquele trem assim oh (faz um movimento de apertar as mãos - gargalhada)”*. Lamenta da solidão, afirmando que após a morte do marido ela ficou muito só: *“[...] porque a gente sentava, brincava, conversava, a gente era igual criança. Gostava muito dele, uma pessoa muito amiga... ele não fazia nada sem falá comigo. Tudo que nós ia fazer, tinha que ser tudo combinado. É isso que deixa a gente com mais saudade, né? Se pudesse voltá”*. Termina a entrevista dizendo que o maior desejo em sua vida refere-se ao filho deixar de beber, pois a situação dele lhe causa muito aborrecimento.

6.1.2. Percepções da entrevistadora

Maura aceitou participar da entrevista demonstrando interesse e disponibilidade. Começou seu relato com a voz baixa e hesitante, demonstrando gentileza, tranquilidade e narrando sua história com calma e pausadamente. Aparência humilde, olhos caídos e tristes, seu rosto e corpo carregam uma história de luta e sofrimento e, ao verbalizar sua narrativa, a fala era permeada pelas risadas e gargalhadas como se assim pudesse esconder e/ou amenizar as lembranças dolorosas. Pelo seu relato, percebe-se uma trajetória permeada pela privação e escassez. Desde criança a miséria atravessa a vida de Maura, a “dor na barriga”, a falta de alimento e a luta pela sobrevivência marcaram negativamente sua infância, o que notoriamente sinaliza traumas vinculados ao seu desenvolvimento. *“Meu passado é triste, não gosto nem de lembrá”*. É notório que Maura viveu e vive numa situação de vulnerabilidade, social e individual, descuidada, abandonada, submetida, explorada, retraumatizada e negligenciada pelo Estado.

A fome e a desnutrição, assim como a falta de assistência à saúde, com certeza contribuíram com os abortos e a perdas de Maura. Posso afirmar que essas perdas, assim como as privações na infância, marcaram sua vida, configurando um conjunto de lembranças dolorosas e com intenso conteúdo traumático. Ao falar dessas situações, Maura emociona-se e relaciona a cidade em que morou na Bahia com todo o sofrimento que viveu. Por isso, voltar para essa cidade representaria reviver todas as dores e perdas. Podemos perceber no corpo de Maura o registro de sua história: as marcas de expressão, bem como seu olhar, o tom de voz e limitações corporais expressam sofrimento que reafirmam sua narrativa. “Dona” Maura tem dificuldades em caminhar, fazendo isso com cautela e devagar, devido aos problemas que ela afirma ter nos joelhos. Queixa-se de intensas dores na coluna e também nas pernas e de uma constante “pressão” na cabeça, além de relatar dificuldade para dormir.

O conteúdo religioso sempre foi presente em sua fala e em vários momentos da entrevista ela citou “Deus” como amparo nos momentos de dificuldades. Afirma ser evangélica assídua, e, dessa afirmação, pode-se inferir que a fé e a religião são recursos usados por ela para enfrentar as intempéries. Maura, ao final da entrevista, pergunta à pesquisadora se poderia fazer-lhe uma oração (pois a pesquisadora estava gripada), o que expressou suas convicções religiosas e também sua disponibilidade em ajudar.

Maura frequentava o grupo de idosos do CRAS e se interessou em participar do grupo de TRE após experimentar a técnica em um encontro da pesquisadora com a comunidade local para divulgação do projeto. Em sua simplicidade, mostrou-se extremamente curiosa e interessada em conhecer a técnica e o que ela poderia proporcionar-lhe no decorrer do semestre.

6.1.3. Processo no grupo

Maura teve acesso à TRE no período que a pesquisadora estava divulgando o projeto e captando pessoas na comunidade para participar da pesquisa. Após praticar a técnica, ela aceitou o convite para realizar a entrevista. Sua participação no primeiro encontro foi tímida e discreta, falando pouco e sucintamente. Devido à dificuldade no joelho, foi necessário adaptar os exercícios para que Maura pudesse realizá-los. Nós a orientamos que praticasse a sequência

de tarefas com calma e tranquilidade para evitar dores ou desconfortos. Sempre era ressaltado às mulheres do grupo que respeitassem as limitações do corpo e não exagerassem na realização dos exercícios. A fala era: *“Pensem que de 0 a 10, zero significa nenhum desconforto e 10 o máximo de desconforto. Procurem então observar seu corpo, as limitações dele e permanecer no 5 de estimulação. O objetivo dos exercícios é provocar uma fadiga na musculatura e não causar sofrimento. Não precisa sofrer aqui (risos)”*. Maura e as outras mulheres já estavam acostumadas com a máxima da ter, *“menos é mais”*, e repetiam essa frase em todos os encontros.

O cuidado com Maura era maior devido à visível limitação nos joelhos e pernas e à sua queixa de dores ao realizar alguns movimentos. Em sua primeira experiência com a técnica neste grupo, Maura teve uma intensa vibração nas pernas e quadril. Seu tremor era expressivo e ela permaneceu bastante tempo vibrando sem o alongamento das pernas para o descanso e a pausa entre uma etapa e outra. Eu a orientava a interromper objetivando não causar dores nos joelhos, insistindo que conduzisse com mais calma e lentidão. Mas ela continuava veementemente na posição do tremor e era nítida sua *“entrega”* e prazer com a vibração, o que foi confirmado por ela posteriormente: *“Foi muito bom. Eu gostei muito, descansei”*.

Em sua segunda participação no grupo, Maura chega alegre e sorridente e relata ter se sentido menos preocupada durante a semana, mostrando-se empolgada e animada com a conquista: *“A mente que era preocupada descansou bastante essa semana”*. Ela compartilha com o grupo de forma descontraída e divertida: *“Não vai ser assim mais não, sai fora”* (risada), referindo-se às dores e preocupações que ela tem. Após a vibração, Maura percebe o corpo relaxado e fica mais atenta a manifestações do tremor que sobem para o diafragma liberando uma possível tensão no anel diafragmático: *“Hoje foi bom, tô com meu corpo leve. Comecei fazê e deu uma dorzinha aqui (mostra no diafragma), mas depois parô. E quando comecei a tremê, foi até aqui oh (mostra novamente o diafragma). E aí começou minha mão também (risadas). Eu falei: ‘quieta aí’ (risos). Eu tô bem, graças a Deus! A mente tá mais aberta um pouquinho”*. O tremor que surge na mão provoca uma reação de estranheza e de susto em Maura fazendo com que ela interrompa o movimento. A partir desse dia, a participante inicia um processo de expressiva vibração das mãos e braços, marcante em todo seu processo com o

tremor, pois mesmo quando esticava as pernas e/ou permanecia sentada, o movimento de tremer ainda continuava, o que provocava surpresa nela e curiosidade nas outras integrantes.

No encontro seguinte, ao ser questionada sobre como se sentiu durante a semana, ela expressa uma gargalhada e conta: “[...] *na terça-feira eu fiquei ruim, mas depois não senti mais nada. Eu esforcei muito, mas depois fiquei bem, graças a Deus!*”, percebendo que o esforço exagerado que ela realizou provocou dores no corpo. Isso a “ensinou” a ir com mais calma. Na prática desse dia, Maura teve experiências inusitadas com o tremor, começando a vibrar fortemente a mão. Mesmo sentada, esse tremor permaneceu: “*Eu tremi mais que na semana passada. [...] Depois que eu sentei e a mão ficou oh (mostra a mão ainda tremendo) ... Tremi bastante*”. Por ter tido um contato com o tremor nessa parte do corpo, no encontro anterior, Maura já não se assusta e permite que ele aconteça. Percebo-a confortável com a sensação. A vibração percorre novos espaços do corpo dela, o que aponta para a necessidade de liberação de alguma tensão residual (memória corporal) presente nessas regiões.

Maura ainda percebe que o tremor provocou uma abertura no seu peitoral liberando sua respiração. Isso permitiu que ela experimentasse sensações de prazer e bem-estar: “*Eu senti o ar, meu fôlego, assim... parece que abrindo mais... eu tô sentindo aquela coisa gostosa, assim, por dentro (dá uma risada discreta). Parece que tinha um tampão assim (mostra no peito) e depois começou a respirá*”. O tremor de Maura ao subir para o tórax (anel cardíaco), leva-me a inferir que houve uma liberação energética, permitindo que o oxigênio entrasse com mais facilidade e lhe proporcionasse sensações agradáveis e refrescantes. “*Cês sabe quando chupa uma pastilha? Tá desse mesmo jeitinho... aquela coisa gostosinha... (gargalhada). Desse mesmo jeitinho, bem refrescante*”. O grupo diverte-se com o relato de Maura e percebo uma mudança na expressão dela: os olhos estão brilhantes e o sorriso e a gargalhada acompanham sua fala que é constante. O tom de voz é forte e expressivo.

Por motivos de saúde, Maura faltara aos dois próximos encontros. Retornara relatando o motivo, dizendo ter sentido falta do grupo: “*Nas duas últimas semana, eu não vim porque eu adoeci, uma gripe forte, forte mesmo (ênfase). Passei mais na cama do que em pé*”. Durante a prática da TRE, nota-se uma maior perspicácia em Maura quanto às impressões do corpo e da vibração que continua subindo das pernas para pélvis, abdômen, diafragma, depois

peitoral chegando até o pescoço, braços e mãos. O lado direito de Dona Maura vibra com mais intensidade que o esquerdo, sendo notado pelas colegas. *“Hoje eu tremi até o pescoço (risos). Tô tremendo até as mãos, né? Passô, veio até aqui oh (mostra um lugar no braço com as mãos), do lado que eu deitei aqui. Começou uma formigação aqui, no bumbum e nas duas popinha. Tava formigando assim (risada). Aí, a Simone colocou a mão aqui. Aí começou, foi tudo já... (risada) Tô bem, graças a Deus!”* (fala sorrindo e animada). No momento da prática, eu realizava alguns toques em Maura para estimular a movimentação do tremor pelo seu corpo, o que conseqüentemente colaborou para que a vibração subisse e liberasse possíveis couraças energéticas. Isso, conseqüentemente, possibilitou a ela inusitadas descobertas e sensações.

Maura realiza os exercícios com atenção, cuidado e confiança, respeitando os limites do seu corpo, poupando-se para não provocar dores nos joelhos e mesmo assim, estimulando a fadiga da musculatura. Resultado dessa conduta foi o aumento da sua consciência corporal e do manejo com o corpo (autorregulação). Não se queixa de dores no joelho, já conhece os contornos do corpo, abaixa, senta, deita e levanta com facilidade, não reclama dos movimentos realizados com as colegas. Ela não realizava o exercício da “cadeirinha” ou quando fazia permanecia por pouco tempo: *“[...] porque depois quem vai sofrê é eu.”* (risos). Conduz os movimentos solicitados com calma e tranquilidade, concentrada em si mesma e no que estava sentindo e descobrindo em si mesma.

Pela primeira vez ela verbaliza suas dificuldades com a família, e fala do resultado da TRE em seu organismo: *“Eu tô leve... Cheguei muito cansada hoje, parecia que eu tava assim, carregando o mundo em cima de mim... (leva as mãos às costas mimetizando uma carga) Porque o dia a dia da casa não é fácil, né? Quando a gente é um só, no meio da família. Eu sou só pra carregar todos no joelho, na mente, na boca, nas costas, no corpo todo (mostra com as mãos), carregando de tudo. São seis filhos e quatro nora, fora os netos e bisnetos. E a gente tem que pensar com tudo, pedir a Deus por todos. E aí carrega, né? Aí a carga vem toda pra gente”*. A técnica promoveu em Maura o alívio das tensões e preocupações e a sensação de um corpo “sem peso”, ou seja, um corpo com menos tensões e dores. *“Eu tava sentindo uma dor aqui ó (mostram os ombros) e agora ...”* (faz um movimento de negação com a cabeça, afirmando que não existe a dor).

A vibração permitiu a Maura conhecer novas sensações. Seu corpo experimentara uma descarga por meio do calor, sentida na coluna e subindo até a nuca e tronco cerebral: *“Quando eu comecei a tremer, começô o fogo aqui ó... (aponta a lombar, a coluna até a base do crânio, na nuca) Aquela quentura assim não era do colchonete, porque das outra vez não aconteceu... esse fogo assim. Foi pará depois que eu sentei (conta sorrindo). [...] foi bem forte assim, foi bom”*. Mesmo depois de sentada, ainda é visível um forte tremor nas pernas e braço direito: *“Começô os três, né? (mostra pernas e braço direito) E depois essa aqui parô e ficô só esses dois, né?” (referindo-se ao braço e perna)*.

Numa próxima atividade com a ter, ela demonstra estranheza, surpresa e alegria com o surgimento de novas percepções do corpo: *“Foi muito bom. Comecei tremê o braço, parece que tava dessa grossura assim... (faz o gesto com as mãos, muitas risadas) Parecia que tava grosso, grande, não sei como é não... Aí eu comecei a liberá a tremeção pra ele (gargalhada), e assim começô tremê ó (faz um sinal de positivo com a mão). Moço, como é que o braço cresce rapidinho assim? (gargalhada) Graças a Deus, tô ótima! Tem coisa que aparece assim, eu hein”*. Maura continua falando sobre a mudança em seu estado de humor com a realização da técnica: *“Mudou tudo, tudo, né? Eu não tava triste nem alegre, né? Aí minha cabeça começô a doe... Eu não dei moral pra ela vai. Falei: ‘cê vai sair e parou... tô bem, graças a Deus! Tô ótima.”*

É notável que Maura está mais confortável no processo de comunicação com o grupo, chega falante, relatando suas dificuldades e alegrias vividas durante a última semana: *“Quem não tem problema, né? O meu é a bebedeira do rapaz, que é uma benção, não me aborrece, nem nada... Não aborrece ninguém. Ele é calmo, mas eu não gosto de bebida, eu detesto. Eu sofri muito com meu esposo... meu esposo bebia a semana todinha. Só que ele trabalhava... a gente fala, dá conselho, mas não adianta não. Aí, a gente envelhece mesmo, né? De tanto estresse. Tirando isso aí, tá tudo bão... Graças a Deus as outras coisa tá bem ... Tive alegria também que a minha minina casô também essa semana (grupo parabeniza). Ela vivia com rapaiz uns cinco ano e agora... teve essa alegria (risada dela e do grupo). Assim, também teve uma festa lá no Dona Gercina (club de lazer que o grupo de idosos participa) que foi uma maravilha ... Foi muito bom! O dia todo, né?”* Maura está confiando no grupo e conversa mais livremente sobre sua vida com as demais mulheres. O grupo torna-se um espaço de

segurança e acolhimento para Maura: *“Tem coisa que não dá pra ficá conversando, né? (gargalhada nervosa) É porque... não posso ficá guardando aquilo pra mim, né? (situação do filho) A gente precisa desabafa, né?”* (pausa, silêncio, segura a respiração). É perceptível que a situação do filho causa-lhe angústia e sofrimento, pois ao falar desse tema, ela prende a respiração, seu tom de voz fica instável e ela muda a expressão do rosto (olha para baixo, trava boca e maxilar).

Nesse encontro, Maura experimenta, durante a vibração, uma sensação de plenitude e bem-estar, e o tremor fica acentuado na região torácica e na cabeça: *“Eu hoje, assim... eu nunca tinha tremido daqui pra cima (do diafragma pra cima). E hoje tremeu... foi... começô aqui (mostra os braços), aí parô lá...”*. Maura fala espontaneamente, sua voz é firme, sem hesitação, timbre mais alto, expressa-se com alegria e sorridentemente, sua pele e olhos estão brilhantes: *“Tô leve (fala rapidamente) ... muito bem... O corpo da gente chega aqui que chega carregado. Bem, bem mesmo. E eu tô leve, tudo, tudo mesmo, né? Tem hora que a mente da gente tá... pra acolá (faz o movimento na cabeça girando como se tivesse cheia). E graças a Deus tá vazia. Quem não preocupa como eu falei no início, né? Tem coisa que preocupa mesmo, né? No limite que eu cheguei, né?”* Maura demonstra consciência de suas mudanças com a TRE e dos benefícios que a técnica lhe proporciona: uma “leveza”. Em outras palavras, uma mudança no modo de lidar com as preocupações e um acesso ao relaxamento e prazer no corpo. Observo que a respiração de Maura está mais forte, pois existe um movimento visível de expansão e retração no tórax. Além disso, quando sentada, o braço e a mão direita tremem intensamente, o que já não a surpreende, pois enquanto conversamos sobre isso ela se diverte com esse fenômeno: *“Depois que eu sentei aqui, começou a tremer... eu sentada aqui segurando e ele...”* (risos).

É visível a mudança no comportamento de Maura no grupo. Ela demonstra alegria e descontração, sendo uma das primeiras participantes a descrever os acontecimentos da semana. O sorriso e a gargalhada estão presentes enquanto fala e ela verbaliza sentir-se mais feliz: *“Eu passei bem, graças a Deus! É uma semana maravilhosa, a partir daquele dia (segunda-feira anterior). Graças a Deus, só alegria! Aí, tomei o remédio logo então (sobre a pressão que tinha aumentado durante a semana). Mas, graças a Deus, as dor no joelho melhorô*

mais um pouco. Estou bem, graças a Deus... tô feliz.” (risos). É notório o quanto a participante descobriu no corpo um território a ser explorado e repleto de sensações inusitadas e prazerosas.

Sua presença contagiava as outras mulheres que sempre se divertiam com as experiências dela, sendo evidente para o grupo o prazer que Maura obtinha com a vibração, como aponta a fala de Noeli: *“Maura gostô de tremê”*. Noto que, ao encerrar a prática do tremor, Maura fica radiante (empolgada e alegre) e com atitudes espontâneas e expressivas: *“Tá bem, tá bom... (gargalhada) Tô assim por dentro e por fora... tudo bem... Bom mesmo, aquela coisa assim gostosa... (mais gargalhada) [...] Eu tô bem, graças a Deus! Tremi bastante, botei a mão assim e... a popinha tremeu tudo assim... (gargalhada) Tremeu tudinho (apontando para a cabeça, risada).”*

No último encontro, Maura agradece o grupo e demonstra novamente ter consciência das suas conquistas com a TRE: *“Pra mim também foi muito bom. Quando eu cheguei aqui, eu tava meio tensa... só Deus e eu sabia como é que tava a minha mente, né? Meu corpo, pela misericórdia de Deus, eu tô boa. Graças a Deus, minha mente tá limpa assim, aberta, meu coração também. Estou amando ocês tudo. Eu já amava, agora amo demais.”* Com sua voz gentil, ela aponta as transformações ocorridas no corpo e na sua mente, as conquistas percebidas no físico, no mental e no emocional, aspectos inseparáveis para o alcance do bem-estar e da qualidade e vida de Maura.

6.1.4. Percepção de Maura em relação ao processo vivido

Maura chegou na entrevista final demonstrando visível disposição e entusiasmo. Estava sorridente e animada e durante nossa conversa abordou com perspicácia seu quadro emocional quando iniciou no grupo: *“É, quando eu entrei aqui eu tava meia baqueada, né? Às veze a gente não percebe, depois a gente vai... vindo nas física, né? Aí, vai vindo, melhorando a situação do corpo da gente, da mente.”* Em sua situação atual, tendo mais equilíbrio e saúde, ela se percebe diferente do início do processo. Ela ainda aponta uma redução do estresse: *“[...] tinha dia que eu tava tão istressada que só Deus mermo pra me ajuda, viu... E antes d’eu cumeçá, era muito terrível. Mas depois que eu cumecei vindo, foi melhorano aos poquim, foi*

melhorano... Até que um dia tô seda (risada). Tô bem, graças a Deus". Ela acrescenta no completar frases: *"O estresse... não tem mais não. O estresse acabou, graças a Deus... Antes do treme tinha e era muito"*.

Maura tem consciência da melhora em sua saúde física e emocional: *"Pra mim melhorô tudo, na minha saúde. Graças a Deus, eu me sinto bem, bem mesmo... No joelho, melhorô bastante e na mente também, porque tinha dia que eu ficava rodano. Não sei como era assim (faz um movimento de círculo com o dedo), misturado, não sei... Tinha hora que parece que ia fechado... fechado de uma vez... E graças a Deus, desde o dia que eu vim pra qui, foi abrino assim como uma flor, né? Foi disbroxano assim. Hoje em dia, a mente tá limpa, graças a Deus*". Afirma ter diminuído o desconforto que tinha na cabeça: *"De tanta coisinha que vinha na mente... ficava guardano aquilo dento da gente, né? Minha mente mudô, graças a Deus! Minha mente mudô (ênfase). [...] ficava um negoço fechado assim ó... parecendo que ia fechar a mente, tinha hora que eu... será que eu vô fica loca?"* Uma maior tranquilidade e leveza puderam ser percebidas em várias falas: *"O meu humor tá tranquilo, [...] meu corpo tá leve"*. A hipótese é que os traumas foram liberados e houve uma redução dos pensamentos persistentes e preocupantes.

Percebe-se Maura com mais energia e disposição: *"Essa semana eu tava na igreja e aí eles falano sobre as atividade, né? Aí, eu falano: 'eu agradeço a Deus por causa das atividade que eu faço', que eu me sentia uma pessoa bem coroca, bem coroca mermo, cabada mermo que não prestava pra nada... Aí depois que eu comecei participá de tudo, hoje eu me sinto uma jove, me sinto (ênfase no sinto)"*. Realmente é notável a vitalidade presente em Maura, a alegria, o bom humor, o entusiasmo e a disposição são características que predominaram nos últimos encontros e na entrevista final. Maura diverte-se com a pesquisadora ao lembrar das dificuldades iniciais que ela tinha para fazer os exercícios. Percebo também um evidente progresso na movimentação do seu corpo que inicialmente era rígido e "travado", e no decorrer das práticas tornou-se mais flexível, ágil e relaxado, além de uma diminuição da queixa de dores, especialmente nos joelhos e cabeça.

Segundo ela, a técnica liberou emoções como tristeza e angústia: *"Foi essa semana agora (referindo-se a sua última prática com a TRE), mexeu assim tudo por dento assim oh..."*

(mostra a região do tórax e a região do diafragma) Não sei o que é que tinha dentro de mim... Não sei se era angústia, o que é... Mas era angústia mesmo. Sei lá, era uma coisa assim estranha. Hoje em dia, tá assim limpa. Sabe quando cê lava uma roupa e fica bem limpinha? (risada) Assim é eu por dentro. Graças a Deus a minha mente e meu corpo, eu tô livre, e não vai voltá mais... não vai voltá mais...” (gargalhamos juntas). Percebeu-se uma notável mudança no discurso de Maura ao dizer que o peitoral está como uma roupa lavada “limpinha”, referindo-se à ausência de desconforto e angústia, à sensação de leveza e bem-estar. As perturbações de Maura deixavam-na adoecida e em desespero simbolizada pelo peitoral “tudo tampado”. Ela ressalta: “Tinha dia que eu ficava assim... ajuntava, ajuntava, assim... que eu pensava: ‘meu Deus, tem misericórdia de mim...’ Era... E aí vai ino adoece por dentro da gente”. Podemos dizer que Maura curou-se nesse processo com a utilização da TRE porque, segundo ela, o recurso que tinha anteriormente era chorar para aliviar-se: “Por que adoece mesmo? Por que a gente pensa que não mais? A gente fica ali, preso... por que... às vezes... Sabe o que eu fazia? Chorá... era só chorá... porque falá não adiantava, ninguém me ajudava conversando, né? Aí, eu danava a chorá... Mas, graças a Deus, hoje eu tô livre... vou continuar livre”. A técnica mostra-se eficaz na mudança de sentimentos e na liberação de emoções armazenadas como a energia que estava “presa” no anel diafragmático e torácico, o que causava angústia sentida no corpo.

Maura diz que houve uma significativa melhora em seu sono: “Eu percebia que cada semana eu me sentia melhó... inté no sono... Tem hora que eu tô durmino em pé... (risada) Antes eu passava a noite no claro, ia dormir uma hora da manhã, ota hora treis hora. Acordava, num durmia mais e hoje eu forço pa não durmi mais cedo. E quando dá nove horas, nessa hora eu procuro um canto pra deitá... E durmo, durmo inté quato hora da manhã sem acordá. Aí, quatro hora eu acordo, vô no banheiro e se eu quieta eu durmo inté oito hora. Que nem hoje... hoje eu durmi até 8h (gargalhada)”. Ela faz referência à ansiedade, ressaltando que esse sentimento está quase ausente de sua vida: “Tem veiz que tem ansiedade, otas vezes não... Hoje eu não tenho é nada, graças a Deus!” (risada).

Mesmo participando das atividades como o grupo de idosos do CRAS, ela percebe a importância do grupo da TRE e da técnica, especialmente na redução da sua “perturbação mental”: “[...] mudou por causa desse grupo... e muito mesmo... porque lá (referindo-se ao

grupo de idosos) melhoro um pouco, mas a minha mente era mais fechada, porque o tremô trabalhô muito na minha mente, né?” Diferencia o antes e depois do grupo (do TRE): *“É que a gente falô, né? Eu sentia bastante coisa, mas depois eu tô... (faz gesto com os polegares simbolizando bem) Antes do grupo... eu sentia com bastante pobrema, mais depois... (faz muxoxo)... depois do grupo, eu tô bem.”* Maura também aborda as mudanças em relação ao corpo: *“Meu corpo hoje é leve. [...] tensões... ah não... Eu tinha bastante. Hoje em dia, graças a Deus, depois que eu comecei as atividades lá e aqui, pronto”*.

Diferente da entrevista inicial, quando Maura queixou-se da solidão, nesta entrevista ela disse estar se sentindo bem e animada. Contudo, as dificuldades financeiras ainda permanecem em sua vida, gerando privações e sentimento de tristeza: *“A vez tem vontade de aquiri umas coisa, mais vai dando aquela tristeza. Mais depois vai passano”*. Ainda assim, afirma que gostaria de ajudar as pessoas mais carentes, demonstrando que ela não se percebe em situação de vulnerabilidade *“Se eu tivesse dinheiro e pudesse construí muito e ajudá as pessoa bem carente...”* Maura ressalta nesta entrevista possuir casa própria, mas diz ser muito *“ruizinha”* e necessita de reformas.

6.1.5. Vulnerabilidade e trauma na trajetória de Maura

Maura teve pouquíssimas faltas no decorrer do semestre, colocava-se de forma clara, atenta e curiosa ao explorar o tremor e as sensações que as vibrações provocavam em seu corpo. Empolgava-se ao perceber as mudanças que a técnica lhe proporcionava, tanto física quanto emocional. Isso a fazia sorrir, surpreender-se, demonstrando alegria, descontração e entusiasmo. Sua presença gentil, cuidadosa e atenciosa fez com que se tornasse uma participante muito querida pelas outras mulheres e pelas terapeutas. Maura mostrou ser uma participante comprometida com a técnica e interessada em explorar as possibilidades da TRE em sua vida.

Ao acompanhar seu crescimento e evolução, percebeu-se, ao final da pesquisa, a importância da TRE e do grupo na constituição da sua saúde mental. Maura chegou ao grupo se queixando de dores no corpo e uma pressão na cabeça que assinalava um alto nível de estresse

e ansiedade. Além disso, tinha dificuldades para dormir e relaxar e seu corpo indicava uma história de vulnerabilidade e sofrimento. Maura é uma sobrevivente, uma lutadora pelo direito à vida, mulher, negra, nordestina, analfabeta e provedora do lar. Quando criança, lutou contra a fome e a miséria, e no decorrer de sua vida lutou contra a morte, a negligência, o descaso e a escassez de políticas públicas e oportunidades. Ainda continua a lutar cotidianamente para manter a si e a família.

A vulnerabilidade sempre foi marcante em toda sua trajetória, confirmando Ferreira et al. (19) e Sposati (14) ao afirmarem que a vulnerabilidade e a pobreza não se limitam apenas à privação de renda, mas também afetam a constituição familiar, as condições de saúde, o acesso a serviços médicos e ao sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas e a garantia de políticas sociais. Eles ainda argumentam que famílias chefiadas por mulheres combinadas com a baixa escolaridade configuram uma situação de vulnerabilidade social, visto que os recursos não são suficientes para garantir seu bem-estar e da família. Esse cenário provoca riscos graves à saúde, violência e pobreza, como vimos na história de vida de Maura.

Segundo os indicadores sociais da população brasileira (2), as mulheres nordestinas negras estão entre grupos mais vulneráveis à violência e à pobreza. A participante conta na entrevista que na Bahia a situação melhorou um pouco depois de receber a renda do Programa Bolsa Família. Esse é um programa de transferência direta de renda, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza objetivando combater a fome e a desnutrição. A mulher é predominante enquanto beneficiária do programa, sendo a maioria negra. Isso confirma a situação de exclusão, a vulnerabilidade social e a ratificação da pobreza (25, 28, 30). Vê-se, na vida de Maura, que o benefício contribuiu para redução da fome. Contudo, não tirou Maura e a família da situação de vulnerabilidade., quando considerado o termo como um “*[...] conjunto de indicadores que expressam posições desvantajosas de acesso a direitos sociais fundamentais, os quais expõem mais frequentemente a parcela da população negra e feminina a trabalhos degradantes e com baixo prestígio social*” (177).

Na trajetória de vida de Maura, a tensão, as preocupações e o medo foram notoriamente presentes; enquanto o prazer e o relaxamento no corpo não eram experimentados.

Pelo contrário, o corpo precisava suportar, aguentar, reproduzir, parir como muitas mulheres negras, estigmatizadas pela opressão e servidão tão determinantes na história e cultura do nosso país. Maura carrega o peso da mulher negra no Brasil, onde o racismo, o sexismo e uma ideologia machista e patriarcal ainda são fatores determinantes na constituição da identidade dessa mulher negra (24, 177). Nessa perspectiva, Vieira (177) ressalta que as mulheres negras no Brasil estiveram, desde a pós-abolição, ocupadas predominantemente em atividades ligadas à esfera reprodutiva, como no trabalho doméstico ou em atividades informais. A trajetória de Maura é um exemplo disso. Autores como Araújo et al. (61), em um estudo sobre saúde mental em mulheres negras, levantaram fatores que determinam os transtornos mentais nesse público e prejudicam (como observado no exemplo de Maura) o bem-estar e a qualidade de vida. São eles: ser separada ou viúva, ser negra, ter baixa escolaridade, baixa renda, ter mais de 40 anos, ser chefe de família, ter alta sobrecarga doméstica e apresentar ausência de atividade vinculada ao lazer.

Vilar (176) justifica que, nesse contexto, o capitalismo nutre-se da exploração da força de trabalho e encontra nas estruturas do racismo e do machismo mão de obra barata, condicionando as mulheres negras a uma realidade de marginalização e retirando delas qualquer perspectiva de futuro possível. Piccolin (29) destaca que, apesar de o número de mulheres ser maior em relação aos homens, a condição de submissão feminina é expressiva no Brasil, especialmente entre as mulheres mais pobres e com precárias condições econômicas e sociais: *“A subordinação feminina arraigada na sociedade brasileira, a gravidez na adolescência, a baixa escolaridade, a falta de capacitação profissional, os desconhecimentos de seus direitos de cidadã fragilizam as mulheres de tal forma que não conseguem encontrar outra saída a não ser se submeter aos companheiros”* (29). Maura, num contexto de miséria e privações, passou pela experiência de ser negligenciada pelo primeiro marido e abandonada com um filho. No segundo relacionamento, enfrentou o alcoolismo do esposo e as dificuldades financeiras após sua morte.

A exemplo de Maura, muitas mulheres não têm acesso à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos. Desse modo, enfrentam altos índices de gestação não planejada e de morte em decorrência de complicações durante o parto o pós-parto (179). O IBGE (3) ainda indica que 7 em cada 10 mães com idade entre 15 e 19 anos são negras e em 2016 dos 2.854.380

partos registrados, 500.630 foram de mães com menos de 19 anos. Maura iniciou seu período reprodutivo aos 17 anos e os abortos, as perdas dos seus filhos e experiências de risco da própria vida deixaram profundas marcas, expressando dor e tristeza ao relatar essas lembranças.

Essas experiências acopladas aos traumas de infância foram consideradas ameaçadoras para seu organismo e infere-se que 3 características de traumas perpassaram a vida de Maura, como destaca Silva (49): trauma de ameaça, onde a fuga é inibida e há risco individual; trauma de perda, que diz respeito à pessoa que vivencia a perda de entes queridos; e trauma emocional ou psicológico, mais conhecido como trauma de desenvolvimento, relacionado a questões como negligência e abuso são experimentados como fatais. Para Oliveira e Lima (48), o “[...] trauma do desenvolvimento está relacionado com a linha do tempo da história de vida, sendo responsável pela formação do caráter (sistema complexo de defesas psicodinâmicas) e couraças (defesas expressas na musculatura)” e busca-se, na terapia corporal, quebrar a defesa do organismo visando dissolver as couraças que impedem o contato com os sentimentos. Essa postura tem como finalidade a entrega da pessoa para uma respiração plena e maior contato com o corpo. É notório que Maura entregava-se para prática da TRE, gradativamente foi liberando as couraças energéticas (86, 118) e permitindo um fluxo de energia no corpo: “*Eu senti o ar. Parece que tinha um tampão assim... (mostrando o peito) e depois começo a respirar*”.

A pessoa ao passar por experiências estressantes cria em seu organismo uma armadura, denominada couraça de caráter, que consiste num enrijecimento do corpo em sua estrutura física. Essas estruturas sustentam o ego para proteger-se dos perigos internos e externos, ocasionando o armazenamento de energia na musculatura e, conseqüentemente, a defesa do organismo e a perda da vitalidade e das sensações de prazer (98, 108). Nesse aspecto, compreende-se, com a prática da TRE, que o tremor que subia e movimentava-se pelo corpo de Maura possibilitou uma descarga de energia aprisionada nesses segmentos e assim permitiu a ela acessar sensações de alívio, prazer e relaxamento não experimentadas anteriormente. Por meio do estímulo da vibração pela TRE, ocorreu uma liberação das tensões desses anéis energéticos e conseqüentemente uma reintegração do organismo de Maura (livre fluxo de energia percorrendo o corpo da pessoa sentida como bem-estar e plenitude), confirmando

Lowen (98) e Pedrosa (informação verbal¹³): *“Essa é a arte da TRE de você ir vendo como o organismo busca a liberação das tensões e sua reintegração”*. Maura diz em vários momentos perceber-se livre das tensões corporais, de uma angústia em seu peito (*“Meu corpo hoje é leve... Graças a Deus! E minha mente e meu corpo, eu tô livre.”*), e de preocupações da mente, assinalando mudanças em seu sono e no seu humor.

Diferentemente do início do processo - quando Maura chegou retraída, contida, ansiosa, preocupada, carregando a sobrecarga de uma vida de luta e privações, assistiu-se no decorrer do processo o encontro de Maura consigo mesma. Ela se tornou mais sorridente, alegre, espontânea e divertida, descobrindo as possibilidades de sentir prazer com seu corpo. Isso está estritamente relacionado a Lowen (98) quando afirma que a pessoa, ao sentir prazer, experimenta um movimento de expansão dentro do corpo, há vitalidade, saúde e abertura para a vida, seus olhos tornam-se brilhantes e sua postura fica suave e solta. Suas mudanças com a TRE são confirmadas ao descrever-se na entrevista final, percebendo-se livre do estresse e das perturbações na cabeça: *“Minha mente mudô”*. Nesse aspecto, percebemos que a TRE permite uma integração mente-corpo, considerando-se que *“[...] os processos energéticos do corpo determinam o que acontece na mente, da mesma forma que determinam o que acontece no corpo”* (98). Energia aqui compreendida como uma *“força que percorre o indivíduo, e que é advinda da combinação entre diversos elementos: respiração, alimentação, sentimentos, movimento corporal, contato com a realidade (grounding) e as interações que estabelece com o meio em que vive”* (95).

Enfim, pode-se afirmar que a TRE contribuiu significativamente para a redução da ansiedade, estresse e preocupações. A técnica possibilitou a Maura a descoberta de si e das potencialidades do seu corpo para sentir prazer e alegria.

6.2. A trajetória de Silvia

¹³ Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

6.2.1. Breve história de vida

Silvia tem 27 anos, é a filha mais velha de dois irmãos, é casada (união consensual há 8 anos), conheceu o esposo quando tinha 19 anos e ele 39. Ela relata que nesse período ele se encontrava em outro relacionamento e decidiu divorciar-se para ficarem juntos. Os dois possuem uma filha de cinco anos. Os pais de Silvia separaram-se há 8 meses e ela conta que a relação dos pais sempre foi permeada por brigas e agressões. Silvia tem o ensino médio incompleto e, no momento, frequenta um curso de auxiliar de técnico de enfermagem e trabalha com o esposo em um negócio próprio que compraram recentemente. Conta que até os 4 anos morou na fazenda da avó com a família e que esse período foi bom e feliz. Contudo, ao mudarem para cidade, a vida da família transformou, pois o pai foi trabalhar como caminhoneiro e começou a beber e ser agressivo: *“Aí, lá minha infância foi boa por uma época, porque aí meu pai resolveu vendê a casa pra comprá um caminhão. Aí, foi donde que começô nossa peleja, né? Aí, foi muito ruim... Ele era muito complicado, bebia muito... E aí, quando ele bebia, ele usava a bebida pra sê agressivo”*. Silvia relata que, a partir desse período, houve alterações no comportamento do pai e relembra várias situações dolorosas vividas com o genitor: *“Teve uma vez mesmo que ele envolveu com uma vizinha lá perto. Aí, ele me segurô um dia pra filha dela me batê e me disse que, se eu batesse nela de volta, ele disse que ia me dá uma surra. Aí, eu contei pra minha mãe, mas ele brigava, batia na minha mãe às vezes também”* (choro).

A partir de então a relação dos dois foi permeada por brigas discussões e confrontos: *“[...] pra você ter uma noção, ele falava assim antes de eu casá: ‘Ai menina, eu vô quebrá sua boca’. Aí, eu falava: ‘Então vem cá e quebra, só o senhor vim cá, não passa vontade não...’ Eu não calo pra ele, não calo mesmo, não consigo. Assim, as coisas que ele fez, minha mãe me conta que ele fazia com ela, não dô conta”*.

A entrevistada conta que, diferentemente dela, o irmão não se lembra do comportamento do pai e o defende fazendo com que ela se sinta irritada e com raiva: *“Aí, ele fica assim: ‘Aí, meu pai era muito bom pra nós, não sei o quê, não sei o quê...’ Quando ele fala isso, me dá uma raiva, uma vontade de dá uns tapa nele”* (risos).

Silvia casou-se há 8 anos e diz não se relacionar bem com a família do esposo, especialmente com a sogra. Expressa não ter paciência com o marido e com a filha: *“Eu sou muito sem paciência, tem horas que ele me fala as coisas, não precisa eu respondê tão explosiva, mas eu respondo... É, a minha menininha nossa é a coisa mais bonitinha, super calma, dócil. Só que eu não tenho muita paciência com ela. Eu falo, uma, duas, na terceira eu já tô gritando com ela. Eu não sou de batê, porque eu não gosto de batê, mas eu me irrita muito com ela. Aí, ela fala: ‘Mamãezinha, por que cê tá gritando tanto comigo?’ Aí eu falo: ‘Tadinha, minha filha vai crescer histérica”*.

Relata que há cinco anos teve uma paralisia facial, segundo ela, devido ao nervosismo e ao descontrole emocional que demonstrava nesse período. Fala que sentiu muito medo de ficar com o rosto “deformado”, e que após esse episódio tentou “controlar” o temperamento. Morou na fazenda com o marido por seis anos e há um ano mudaram-se para cidade com objetivo de viverem próximos às suas famílias. Atualmente, devido à situação financeira, ela está residindo na casa da genitora do esposo. Enfatizou, durante a entrevista, que é muito nervosa, impulsiva e estressada e que, em consequência, seu corpo fica tenso e tem dificuldades para dormir.

6.2.2. Percepções da entrevistadora

A entrevista inicial foi realizada após duas semanas que Silvia estava frequentando o grupo. Ela chegou sorridente e disponível e sua narrativa foi marcada pela história com o genitor. Demonstrou sentimentos de raiva e tristeza em relação ao pai, chorando muitas vezes ao falar dele, o que pode evidenciar sinais de traumas de desenvolvimento vinculados à figura paterna: *“Minha infância...terrível, me lembro com tristeza... minha infância. [...] Meu pai... (silêncio) nem sei o que falar dele... (choro) [...] Sofro quando... falo do meu pai. [...] Sinto tristeza... (silêncio) só vem meu pai (risos)... [...] Sinto raiva... (risos) do meu pai”*. Em consequência dessa relação conflituosa com o pai, Silvia “aliou-se” à mãe, exercendo um papel de cuidadora e protetora: *“Minha mãe é meu amor”* (choro). Ela cuida financeiramente da mãe e no momento está custeando a reforma da casa da genitora.

Percebe-se que o contexto familiar de Silvia foi marcado pela violência e pelo alcoolismo, o que aponta para uma situação de vulnerabilidade social e trauma, evidenciado pela dificuldade de relacionamento familiar (pai e irmão) e social (família do esposo e vizinhos) e pelo alto nível de estresse e ansiedade, bem como pelo nervosismo, impulsividade e irritabilidade, impedindo-a de relaxar e viver sua vida com prazer e leveza. A paralisia facial que teve foi uma resposta do organismo de Silvia às sobrecargas de tensões e ansiedade, o que denota que outros sintomas podem surgir em seu corpo caso ela não libere esses conteúdos, o que a TRE poderá ajudar. Silvia ainda está ligada às experiências da infância e às situações dolorosas, o que faz com que ela reviva constantemente os sentimentos de raiva e tristeza e seu sistema nervoso funcione de acordo com a “memória” de eventos do passado.

6.2.3. Processo no grupo

Silvia, desde o início do grupo, mostrou-se participativa, colaborativa e envolvida com o grupo, tanto que as outras integrantes consideravam-na como parte da equipe de coordenação. Diferente das outras mulheres, ela auxiliava na organização da sala e do lanche, era proativa, alegre e disposta. Voluntariamente confeccionou os crachás de todas as participantes, criou um grupo de WhatsApp para integração do grupo e levava quitandas para o lanche (sendo a única a contribuir durante todo o semestre com o lanche do grupo, mantido pelas terapeutas).

Silvia iniciou no grupo a partir do segundo encontro e foi uma participante assídua e comprometida. Ela foi convidada pela cunhada, a psicóloga que estava auxiliando a pesquisadora a conduzir a técnica em grupo. Em sua primeira experiência com a técnica, Silvia vivenciou uma inundação psicoemocional (crise de pânico) durante a vibração, necessitando de apoio e suporte da pesquisadora para reorganizar-se. Silvia durante a crise mantinha os olhos arregalados, chorava muito, dizia ter calafrios, taquicardia, tontura, sensação de desmaio e perda de contato com a realidade (não sabia onde estava), demonstrando medo e desespero: *“Ah não sei o que aconteceu... só me deu medo muito forte”*. A participante, nesse dia, entrou em contato com intensas sensações desagradáveis no corpo. E mesmo com a orientação da pesquisadora para de ir devagar ao fazer a técnica (“menos é mais”), Silvia foi muito rápido na

experiência. Evidencia-se uma dificuldade da participante em perceber as sensações corporais e reconhecer os limites entre o agradável e o desagradável no momento do tremor para não entrar num processo de sofrimento. Assim como Silvia muitas mulheres negligenciam as mensagens impressas em seus corpos, estão “desconectadas” das sensações e dos sinais transmitidos por eles.

Mesmo com as sensações desagradáveis vivenciadas em sua primeira participação, Silvia surpreendentemente retornou ao grupo, chegando sorridente e disposta para realização dos exercícios. Ela relatou ter se sentido bem durante a semana, mas apenas confusa acerca dos acontecimentos anteriores. A pesquisadora orientou-a a não se deitar durante o tremor e sentir a vibração na posição sentada com objetivo de evitar uma nova inundação emocional e promover uma maior consciência das sensações corporais. Ela é acompanhada e apoiada durante todo processo de realização da técnica pela terapeuta/pesquisadora e, mesmo sentada, os tremores são desencadeados e Silvia começa a perceber o que acontecia consigo durante a vibração: *“Hoje demorou um pouco pra vibrar, mas quando começo, vibrou um pouco aqui (pernas) e subiu pro quadril. E antes não vibrava o quadril não, mas eu tô com um pouquinho de dor na coluna e no pescoço e senti esse braço (esquerdo) um pouco pesado também”*.

Nos dois encontros posteriores, a participante continuou sentindo as vibrações na posição sentada, mas notou-se que ela estava mais confiante, pois já ficava sozinha durante o processo e não solicitava ajuda. Ela relatou, após a prática, que começou a sentir medo, mas que teve calma e tranquilidade ao perceber as sensações. Isso demonstra que ela está reconhecendo os sinais corporais e respeitando os limites entre o agradável e o desagradável: *“Deixa eu falar... Hoje eu fiquei assim, eu fiquei com um pouco de medo, mas me senti tranquila, mas me deu medo de voltá naquele lugar de novo...”* Nesse dia, relatou ter se sentido bem e que gostaria que o tempo da vibração fosse maior (não interromper e encerrar), e que seu corpo estava calmo (relaxado), mas que percebia a cabeça confusa (*“Tá confusa, é muita coisa ao mesmo tempo...”*). Entendeu-se que Silvia, mesmo com o risco de se inundar com os sentimentos de medo e pavor, começou a sentir prazer e tranquilidade com a técnica ao focar nas sensações prazerosas do organismo.

No encontro seguinte, Sílvia experimentou, pela primeira vez após a crise, deitar-se durante o tremor. Foi conduzida a permanecer com os olhos abertos e ir com calma, o que significaria tremer um pouco, parar e esticar as pernas para interromper a vibração. Notou-se no corpo de Sílvia uma mudança no padrão de vibração e que ela estava mais confiante e segura ao realizar a ter. Isso lhe possibilitou continuar a explorar as sensações prazerosas durante o tremor, sem medo e com mais leveza: *“Então, hoje eu tremi legal, mas o meu tremor de semana passada pra cá tá diferente daquele primeiro dia da crise. Ela tá mais intenso, sei lá... E hoje eu tô bem tranquila, me senti mais aliviada, feliz ao tremer. Não foi como da primeira vez que eu tava com aquele pavor todo. Tô mais leve (riso)”*.

Ao contatar o prazer com o tremor, Sílvia iniciou um processo de exploração das sensações corporais, ficando mais atenta e perceptiva aos acontecimentos do seu organismo. Em outro momento da atividade, ela começou a sentir o tremor na região diafragmática, subindo para o peitoral, e isso a assustou fazendo com que interrompesse o movimento. Percebe-se em Sílvia o medo dessa nova sensação (emoção) presente no peitoral. Medo que provocou a cessação do tremor e assim impediu a liberação da emoção, que foi posteriormente descarregada no momento da partilha em grupo, quando Sílvia chora intensamente e descreve alívio e abertura no peitoral. A terapeuta solicita a Sílvia que se observe durante a semana ficando atenta às emoções e sentimentos que possam surgir.

Sílvia chegou no encontro subsequente dizendo que sua semana não foi agradável, pois teve um sonho com o pai agredindo a mãe. Isso indica que ela continuou a liberar um conteúdo traumático mobilizado em sua última prática com a TRE: *“Não sei, segunda-feira depois daquela hora eu dormi, porque sempre na segunda-feira depois daqui eu durmo. E sonhei que meu pai tava batendo na minha mãe, mas assim ele tava batendo nela, mas todo... tudo igual hoje. Mas ele judiando dela, ele judiando dela. Aí, eu não consegui, aí eu não fui na escola, não fui no trabalho...”* Conta que desde que começou no grupo tem tido muitos sonhos: *“Eu sonho muito. Na primeira semana, eu até escrevi o tanto que eu sonhei...”* Fenômeno presente no processo de Sílvia com a prática da TRE levanta a hipótese de a técnica pode promover a liberação de conteúdos traumáticos por meio dos processos oníricos.

Nesse mesmo dia, durante o tremor, percebe-se que Silvia interrompe o movimento, estica as pernas e descansa, e após um tempo retorna à posição da vibração: *“Eu tremi mais, mas não senti nada assim de emoção não, tava tranquilo. Só assim, meu braço começou a tremê e agora tá doendo um pouco. E assim, eu senti que ele subiu um pouco (tremor). Aí, logo eu travei (risada do grupo). Eu meio que parei, estiquei as perna...”* O comportamento de Silvia de interromper e retomar o tremor demonstra que ela está sendo capaz de perceber até onde se sente confortável e segura para sustentar o tremor, mesmo com algum desconforto, sendo capaz de regular suas emoções e não entrar no processo de inundação.

No encontro posterior, Silvia compartilhou com o grupo a sua percepção quanto à mudança na relação com o esposo: *“Então eu vô contá... Aquelas três primeira semana que eu estava vindo aqui, eu e meu marido estava um caos, né? Tipo assim, não é que eu não gosto dele, eu gosto dele. Mas na hora que ele ia me encostá, eu tinha raiva dele, eu tinha ódio dele de tá ali comigo. Eu não queria dormir com ele, não queria que ele tivesse na minha casa, que ele fosse embora e não é por não gostar, eu não estava bem... Agora tô conseguindo ficá em paz com ele. Essa semana eu até comentei com a cunhadinha que eu até consegui deitar na cama e ficá feliz dele estar ali junto comigo”*. Já pode-se notar pela fala de Silvia o início de algumas mudanças em suas atitudes e emoções, o que se confirmará nas semanas seguintes, quando sua mãe, ao ser hospitalizada para uma cirurgia, demandará dela cuidados, paciência e resignação.

Nas duas próximas semanas, Silvia não participara dos grupos em decorrência da internação e cirurgia da mãe. Nesse período, ela enviava informações no grupo de WhatsApp e pela cunhada contando sobre seu processo com mãe e do seu estado emocional. Dizia sentir falta do grupo e do “treme-treme”. Também relatou que fez uma experiência com a TRE em casa e que a ajudou: *“Nosso Deus, eu acho que se fosse noutra época eu matava aqueles médico e aquelas enfermeira. Até eu estranhei minha calma (risos)”*. Percebe-se que mesmo vivendo uma situação estressora com a genitora, Silvia tem um novo comportamento no trato com as pessoas, ao demonstrar calma e tolerância.

Na sua primeira vibração, após duas semanas afastada, Silvia acessou sentimentos de tristeza e dor: *“Veio uma vontade de chorá, mas eu não tava conseguindo. Aí, a Simone me*

ajudou e agora só tô com a cabeça pesada e perdida (risos e tom de voz demonstrando nervosismo)”. É compreensível que, depois de todas as tensões e angústias vividas no período em que cuidou da mãe, Silvia descarregasse por meio do tremor esses conteúdos estressores, ocorrendo, conseqüentemente, uma descarga no sistema nervoso e uma homeostase do organismo. Tudo isso resultou em alívio no corpo e equilíbrio nas emoções.

Novas sensações corporais e percepções em relação aos pais começaram a surgir durante a vibração: *“Aí, eu comecei a tremer, meu corpo tremeu todo. Tinha hora que até a cabeça tremia, teve um momento que veio assim aquela dor, aquela falta do meu pai, a falta de amor. Mas aí eu percebi que a culpa toda não era só do meu pai, minha mãe também tinha culpa em tudo que eu sinto... (pausa) que antes eu queria culpá só ele... E esse dia eu percebi que ele não era culpado de tudo”* (silêncio). É perceptível que Silvia começou a construir uma relação diferente com o pai, percebendo-o numa nova perspectiva. E isso a empolgou, excitou e alegrou. Compartilhou com o grupo com satisfação: *“Ah, eu tô bem. Acordei feliz esses dias e chamei meu pai pra almoçá em casa. Eu tô me estranhando... Eu ainda ia mandá lá no grupo depois... Nossa, isso aqui foi bom demais. Eu com meu pai era... não era cinco minutos e nós dois tava brigando. Eu tô amando gente...”*

Os sentimentos de raiva e tristeza começaram a ser substituídos por carinho e afeto, demonstrados em suas atitudes com o genitor: *“[...] é porque tem hora que eu falava as coisas só pra feri mesmo, queria machucá mesmo. E agora não, eu tô com mais carinho com ele agora. Esses dia que ele foi almoçá, falei: ‘Pai, eu acho que eu quero te abraçar.’ Aí eu abracei ele. Ele falou assim: ‘Uai, que bom...’ Ele me abraçou forte também... (conta com expressão de alegria no rosto) Noossa, é bom demais! Foi importante vê que ele não era só o culpado, dividiu a culpa um pouco agora”*. É notável que se abriam

novas possibilidades de relacionamento com a figura paterna e que Silvia tem movimentos de aproximação e cuidados com o genitor: *“Essa semana eu fui limpá a casa do meu pai, coisa que eu nunca fiz pra ele (risos). Limpei os trem tudo. Eu falei: ‘Meu Deus do céu, que que tá acontecendo comigo?’ (Grupo dá gargalhada e ela também).*

A percepção das sensações corporais de Silvia está mais “apurada” uma vez que ela irá relatar sentir três tipos de tremores no corpo: um tremor forte e agradável, um tremor forte

desagradável e um suave agradável, existindo uma vibração subindo por sua coluna percebida como “levizinha”, dormente e agradável. Concomitante a essas novas “descobertas”, Silvia diz estar surpresa com ela mesma no trato com o pai, pois mesmo em situações de tensões ela está conseguindo “segurar-se” e não retribuir com ofensas e agressões, o que era comum entre eles: *“Eu, no início, qualquer coisinha tava explodindo. Aí, ele pegô ficô mei nervoso... Esses dias ele chegô brabo porque eu tranquei o portão. Só olhei pra cara dele: ‘Pai, vô fazê uma cópia do portão e te dá, mas não vai ficá aberto.’ Aí eu falei: ‘Gente, por que eu não briguei com meu pai igual eu fazia? (risos) [...] Aí ele falou, ele respondeu bem mal-educado, né? E aí eu parei, respirei e falei: ‘Não vô responde.’ E não respondi...”*. Acrescenta sorridente que antes do grupo: *“Ah, se ele me desse uma patada dessa, eu já tava matando ele também (risadas do grupo). Menina, era uma pra cá, e nem fechava boca e eu já tava dando duas”*. É evidente que Silvia está mais equilibrada e estável emocionalmente, e conseqüentemente revela mais tranquilidade ao lidar com o pai, sendo mais assertiva e menos nervosa e impulsiva no trato com ele.

Silvia demonstra em suas falas que está mais consciente do seu papel de filha e da importância de separar a relação dos pais da relação dela com o genitor, e que ao fazer isso ela consegue compreender o pai e não se envolver nas brigas. Essa atitude acarreta numa ressignificação do passado e uma diminuição do sofrimento quanto às lembranças dolorosas da infância: *“[...] aí, depois minha mãe começô a querê falá mal dele, eu falei: ‘Mãe, para porque isso não faz bem pra mim. Agora que eu tô conseguindo me dar com ele, então não precisa saber dessas coisa.’ Ela falou: ‘Tá, desculpa.’ Eu falei: ‘Não é má resposta, eu só não quero que a senhora fala mal dele pra mim... Aí eu pedi minha mãe pra pará com isso, porque não tem necessidade das coisas, né? Porque ela gosta de ficá falando de coisas de... quando eu nem nasci. ‘Mãe, não tem necessidade d’eu saber disso não. Coisa dos cêis dois é dos cêis dois. Eu não sô mulher dele.’ Ela: ‘Tá bom, eu tô errada mesmo.’ Eu falei pra ela: ‘Não, porque a maior parte da minha raiva, culpa da senhora pelo que ele fez pra senhora. Então tomei a dor pra mim... E deixa eu ter minha relação com meu pai, porque eu não tinha.’ Ah, eu tô gostando de ter meu pai” (risadas)*.

Nos últimos encontros e diferentemente das experiências iniciais, Silvia vivenciou sensações de alegria, bem-estar e prazer na prática com a TRE: *“[...] teve uma hora que o meu*

tremor começou a... esse osso da bunda aqui, ele começava a balançá...(risos) Aí, demorô um pouquinho, mas logo ele começô a subi... Aí, eu fiquei sentindo porque tava assim... Eu achei diferente, mas assim, eu fiquei confortável... parecendo uma cobrinha (faz o movimento com as mãos animadamente. [...]) e aquela hora que cê me toco, veio uma emoção... Ela veio e passô, não sei porquê... não sei, deu vontade de sorri” (ela sorri). É notável para a pesquisadora e para o grupo a mudança de Silvia em seus movimentos, gestos e atitudes, visto que nos últimos encontros mostrava-se animada, sorridente, comunicativa e feliz.

6.2.4. Percepção de Silvia em relação ao processo vivido

Na entrevista final, Silvia descreve as mudanças que ocorreram durante sua participação no grupo. Inicia sua fala referindo-se às alterações nos sentimentos, no humor e na redução de estresse ao afirmar: “[...] porque eu tô bem mais calma, porque uma paz que eu sentia dentro de mim e eu falava, isso não é normal não. É muita tranquilidade. Eu era explosiva, nervosa, aquela angústia, aquele trem dentro de mim. Não tinha paz de jeito nenhum”. No instrumento de completar frases ressalta: “[...] ultimamente tenho me sentido calma... minha vida tranquila. Sinto tristeza, não ando sentindo tristeza... quando sinto raiva, eu... ah, eu não ando sentindo raiva não” (risos).

Em consequência da estabilização do humor, Silvia ressalta mudanças no contexto familiar e na relação com o esposo: “Eu e meu marido, a gente tava muito estressado. Eu com ele, né? Porque ele é uma calma que nossa senhora (risos)... Então, antes eu tava querendo até largá dele. Não queria mais ficá com ele. Falava pra ele ir embora. Ficava falano as coisa... fazia as coisa pra magoar... É, eu esmagava Deus e o mundo, até minha pequeninha... Aí, melhorou até com ele”. No completar frases acrescenta: “Meu marido, ele é meu porto seguro”. Isso aponta melhoras no relacionamento afetivo e na possibilidade de perceber o esposo com mais desejo e carinho. Silvia também relata estar mais serena ao lidar com a filha: “Ah, com ela eu tô mais calma, eu num tô gritando tanto, que com ela eu gritava demais...”

A participante relata que a maior mudança se deu no relacionamento com o pai, pois seus sentimentos em relação a ele estão diferentes e ela não sente mais raiva e tristeza ao

falar dele e da sua infância: *“Meu pai, vejo nele uma esperança... Sinto alegria de conviver com meu pai”*. Nota-se uma mudança significativa na relação de Silvia com o pai, o que é demonstrada no decorrer no processo dela no grupo.

Importante destacar que na entrevista inicial, Silvia chorou e se emocionou ao falar da figura paterna e expressava sentimentos de raiva e rancor ao se lembrar dele e dos acontecimentos da infância. Sua fala sinalizava um acentuado conteúdo traumático: *“Minha infância... terrível... [...] sofro quando falo do meu pai. [...] sinto raiva do meu pai. [...] sinto tristeza: só vem meu pai”*. Em contrapartida, percebe-se na entrevista final que o passado não desencadeia mais em Silvia sofrimento e paralisação: *“Meu passado lembro dele com tristeza, mas não me afeta tanto mais não”*. Pode-se inferir que Silvia elaborou os conteúdos traumáticos da infância e da relação com o pai, que a impediam de viver bem consigo mesma, sem sofrimento, angústia e estresse. Além, encontra-se mais apta para manter uma relação afetuosa com genitor.

A entrevistada também abordou as diferentes percepções em relação ao corpo, pois inicialmente ela não percebia as sensações corporais tendo dificuldade em delimitar as sensações desagradáveis das agradáveis. Na primeira entrevista, ela ficou em silêncio ao perguntar sobre seu corpo, tendo dificuldades em falar sobre ele. Já na entrevista final respondeu rapidamente *“Meu corpo tá bem, não tenho tensões”*. Essa mudança na sensopercepção pôde ser observada no decorrer dos encontros, quando Silvia foi contactando novas respostas corporais ao realizar os exercícios e durante a prática do tremor. A final do processo de exploração e das descobertas da vibração, conseguia descrever em detalhes e com perspicácia suas sensações, bem como o percurso que a vibração percorria em seu corpo e os sentimentos que isso desencadeava nela.

Silvia ressaltou em vários momentos da entrevista a importância do grupo de TRE e do impacto que ele provocou em sua vida, reduzindo seu nervosismo e estresse: *“[...] então, quando eu comecei aqui, no começo, cheguei bem perdida, bem confusa. Os meus sentimentos bem bagunçado. Nossa, eu tava pronta pra matá um. Agora eu tô mais calma, mais tranquila, os meus sentimentos tão mais tranquilo. E tô bem, tô sentindo em paz agora, coisa que eu não*

tinha...” Ainda, acrescenta: “O tremor é ótimo! Antes dos exercícios eu era outra pessoa, depois dos exercícios tô renovada. [...] antes do grupo estressada, depois do grupo calma”.

É relevante registrar que no último encontro do grupo da TRE, a psicóloga cunhada de Silvia, que mantém relações com ela além do contexto do grupo, compartilha as percepções em relação a participante: *“Eu falo que, como eu já conheço a Silvia de muito tempo, vocês não têm ideia do que o grupo fez na vida dela. Vocês não imaginam, né? Quando eu cheguei na formatura da Aline, que o pai tava lá junto, eu falei: ‘Meu Deus! (risadinha da Silvia) Como tá mudado, né? E o pai dividiu comigo também... Então eu digo, assim, muita coisa foi ressignificada. E o pai sentiu, e o pai está na mesma vibração, né? Muita coisa foi trabalhada aí, né, Silvia?”* Silvia demonstra alegria e contentamento ao ouvir a fala da Simone e confirma suas mudanças de comportamento em relação ao pai e a família.

6.2.5. Vulnerabilidade e trauma na trajetória de Silvia

Foram significativas as mudanças percebidas na vida de Silvia. Ficou evidente que a TRE, bem como com os exercícios e o próprio grupo - contexto de segurança e fortalecimento - ajudaram Silvia a regular seu sistema nervoso. As descargas neurogênicas por meio do tremor e o grupo mostraram-se significativos para seu progresso e desenvolvimento e permitiram que ela se sentisse atuante, participativa, alegre e em paz, como descreve em seus relatos.

Considera-se que o trauma de Silvia está vinculado ao seu desenvolvimento, conforme Boggio (47) e Silva (49). Silvia chegou no grupo deprimida, ansiosa e vivenciando um alto nível de estresse e sofrimento, apresentando indícios de um quadro de Estresse Pós-Traumático, consequência de uma exposição contínua à violência no contexto familiar que a arrastou para uma situação de vulnerabilidade social. Seu estado emocional confirma o estudo de Andrade et al. (67) ao indicarem que crianças expostas a cenas de violência domiciliar podem apresentar prejuízos no desenvolvimento físico e mental. A situação de estresse e trauma de Silvia é admitida por Vasconcelo Neto (76) ao ressaltar que a violência e os traumas vividos na infância, acoplados aos estressores atuais, acentuam o sofrimento em mulheres e provocam TEPT.

A situação de vulnerabilidade da participante significa que a potencialidades de suas respostas foram alteradas ou diminuídas frente às situações de risco ou constrangimento vividas por ela (17), especialmente na infância.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que Silvia foi exposta a situações de risco que exigiram de seu sistema um alto nível de ativação e sobrecarga (medo e terror), pois foi submetida repetidas vezes a cenas de violência entre os pais e do pai em direção a ela, situações percebidas como ameaçadoras pelo SN. E sendo uma criança diante da figura paterna (figura e autoridade e que provocava medo), os mecanismos de escape ou enfrentamento não foram mobilizados, provocando um congelamento na resposta de fuga/luta de Silvia como defende Levine (107, 116).

O trauma, compreendido como um fenômeno que reprimiu as possibilidades de resposta do organismo (107), no caso de Silvia, provocou uma incapacidade de superar a ansiedade das suas experiências infantis, permanecendo sobrecarregada pelos acontecimentos, sentindo-se indefesa, incapaz e insegura diante de situações estressoras. Ela apresentou sintomas como diminuição do interesse pela vida, choro frequente, dores de cabeça e tensões corporais, mudanças de humor repentinas, caracterizadas por reações de fúria ou acesso de raiva, diminuição da capacidade de lidar com o estresse, entre outros.

Na primeira experiência com a técnica, Silvia vivencia uma ativação simpática intensa, que a conecta com as experiências traumáticas revividas como medo e terror e que foram armazenadas pelo sistema, provocando o que chamamos de inundação. A inundação, segundo Scaer (5), Porges (6) e Van Der Kolk (7) consiste em reexperienciar intensamente emoções encapsuladas no sistema nervoso que não foram descarregadas após o(s) evento(s) traumático(s), como medo, raiva, tristeza e que provocam sensações descontroladas e desestabilizadoras. Silvia, pela incapacidade de contatar seu corpo e perceber o limiar das sensações agradáveis/desagradáveis (sistema reptiliano), acessou as emoções e sentimentos de forma abrupta e intensa (medo e pavor vividos na infância).

Durante a crise e demais encontros, Silvia foi apoiada e recebeu suporte e orientação da pesquisadora e assim ela foi desacoplando o medo da imobilidade e se sentindo mais segura para sustentar as sensações desagradáveis no corpo durante a liberação. Essa atitude é

denominada na terapia da TRE de autorregulação. Nesse caminho, Levine (116) acrescenta que na autorregulação a pessoa aprende a acessar, tolerar e utilizar suas sensações internas sem a ameaça de se perder num medo profundo.

Após esse marcante acontecimento, foi possível acompanhar Silvia em seu processo no grupo. Foi visível seu desenvolvimento e sua crescente capacidade de se reconectar com seu corpo e permitir que uma liberação dos conteúdos estressores e dolorosos acontecessem gradativamente. Mas isso só foi possível porque havia um contexto de segurança e empatia promovido pelas terapeutas e pesquisadora. Levine (116) ressalta que o terapeuta deve criar um ambiente de segurança e que transmita refúgio e possibilidades e ajude a pessoa a desacoplar o medo da paralisia e assim possibilitar a interrupção desse ciclo. Conseqüentemente, a pessoa aprenderá a vivenciar as sensações físicas de imobilidade sem o medo, afrouxando o trauma e restaurando o equilíbrio.

Logo, esse ambiente de suporte e acolhimento propiciou um espaço para o engajamento social de Silvia com as terapeutas e demais participantes. Segundo Porges (6), em um ambiente seguro, o sistema de interação social (nervo vago ventral) inibe as estruturas troncocerebrais mais primitivas (nervo vago dorsal) que controlam a luta ou a fuga diante de uma ameaça, corroborando para o relaxamento do organismo e reestruturação das relações sociais. Isso pôde ser observado no processo da participante quando ela permitiu viver seus relacionamentos e vínculos afetivos (pai, esposo, filha) e interpessoais (amigos do curso, parentes e grupo de TRE) de maneira equilibrada, com harmonia e felicidade (fala dela).

É compreensível que Silvia mesmo após uma crise revivendo emoções traumáticas pôde gradualmente liberar esses resíduos energéticos “aprisionados” no SNA. Seu comportamento predecessor levava-a a repetir as situações sem atingir a homeostase. Seu proceder recorrente impedia-a de ter relacionamentos saudáveis e harmoniosos, mas que, a partir dos tremores neurogênicos e de um ambiente protetivo e seguro, foi possível reorganizar as informações neurocorticais por meio da mobilização do sistema vago ventral.

Silvia relata uma mudança especial na relação com o genitor, protagonista de suas memórias traumáticas e de conflitos intermináveis que repetidamente geravam raiva, tristeza e descontrole. No decorrer dos encontros, ela surpreendentemente começou a ter novas

percepções do pai, a ressignificar suas memórias e sentimentos e a manifestar carinho, atenção e paciência. Pode-se afirmar que o corpo de Silvia mantinha um constante estado de alerta, de constante prontidão e de estresse na relação com ele e conseqüentemente nas suas relações interpessoais, criando um ciclo psicofisiológico de padrão de defesa e proteção. Associa-se isso ao Estresse Pós-Traumático (78, 143). Ao provocar a liberação pelo tremor envia-se um sinal ao cérebro de que não há mais perigo e que o organismo pode retomar ao estado natural de equilíbrio e relaxamento. Sem o excesso de ativação do sistema reptiliano e límbico, o neocórtex foi capaz de “reorganizar” suas lembranças e pensamentos sem as interferências das sensações desagradáveis e das intensas e impetuosas emoções de raiva medo e/ou tristeza. Desse modo, ela pôde olhar para o passado sem “condenar” o pai e criar novas percepções dos eventos, da relação com os pais e do seu papel com filha.

Nos últimos encontros, havia uma Silvia muito distante da Silvia que iniciou no grupo. Ela acessou novas sensações que lhe proporcionaram prazer e alegria e foi possível perceber descontração, disposição e vitalidade em seu corpo. Silvia relata estar “muito bem”, “feliz”, “calma”, leve e em harmonia com a vida, percebendo a si mesma e o mundo em diferentes perspectivas. Encontra-se ainda surpresa e espantada com suas descobertas e sentimentos “novos”.

Ao conectar-se com seu corpo por meio da TRE, Silvia reconecta-se com sua capacidade de sentir prazer e equilibrar-se entre o instinto (sensações) e a razão (pensamentos). Isso lembra o conceito de “incorporação” de Levine (116), que diz que incorporação significa adquirir por meio da consciência a capacidade de sentir as sensações físicas, ambientes de energia e vitalidade desimpedida a medida que pulsam pelo corpo, que nos permite conhecer a nós mesmos com vitalidade, fluidez e criatividade diante da vida.

Silvia afastou-se de um contexto repetitivo de trauma, dor e sofrimento para ir até um contexto de relaxamento, prazer, saúde, bem-estar, equilíbrio e homeostase. Levine (116) afirma que para uma pessoa traumatizada, a jornada para uma vida espontânea e cheia de energia significa mais do que alívio de sintomas, significa transformação. E que na transformação existem mudanças significativas no SNA, que são experienciadas pela

sensopercepção, onde o sistema nervoso transita entre a imobilidade e a fluidez, enquanto as emoções caminham do medo para a coragem e as percepções vão da limitação à plenitude:

“O sistema nervoso recupera a capacidade de autorregulação e as emoções começam a animar ... obtemos um senso de eu mais seguro e ao mesmo tempo nos tornamos flexíveis e espontâneos. Essa autoconfiança permite relaxar, aproveitar a vida e viver mais plenamente. [...] não enxergamos mais o nosso mundo com os olhos assustados. [...] começamos a encarar a vida com um senso de coragem e de confiança que continua a desenvolver. A confiança e não mais a ansiedade, forma o contexto em que todas as experiências se dão. A transformação alcança todos os cantos de nossa vida, do mesmo jeito que os efeitos debilitantes do trauma uma vez o fizeram” (107).

Ao final podemos afirmar que o processo de Silvia resultou em mudanças e em benefícios significativos para ela. Claro que não é possível garantir que os resultados observados na vida de Silvia são consequência apenas do grupo de TRE. Contudo, percebe-se no processo que o tremor e o contexto grupal influenciaram fortemente sua transformação, pois Silvia não participava de outras atividades terapêuticas e não associou a mudança a outros fatores além do “treme-treme”. Do seu depoimento pode-se inferir que essa transformação deve-se especialmente a sua participação, confiança e envolvimento com a técnica e com o grupo.

6.3. A trajetória de Nara

6.3.1. Breve história de vida

Nara tem 54 anos, é viúva há seis anos, estudou até o ensino fundamental e está aguardando a liberação da sua aposentadoria. No momento, está afastada da igreja, mas diz ser católica praticante e colaborar com os trabalhos da igreja. Nara relata que sua vida sempre foi uma “tragédia”, pois, desde que saiu da casa dos pais, enfrentou perdas e dificuldades: “*Eu digo assim, desde que eu saí da casa da minha mãe, minha vida foi sofrer*”. Ela foi casada por 22 anos e o esposo faleceu há 6, após 2 anos de tratamento contra um câncer no intestino. Conta que o marido era viciado em jogo, bebia muito e era agressivo (verbalmente), situações que

provocavam conflitos e sofrimento neste relacionamento: “[...] juntei com ele eu já comecei errada, né? Eu sofri muito, muito. Sabe o que é a sua autoestima ir lá no chão? Ele chegava fora de hora, bêbado, me xingava muito”.

Nara enfatiza que sempre trabalhou arduamente e mesmo em meio às dificuldades era comprometida e dedicada nas suas funções: “E eu fui já meio deprimindo, mas sempre trabalhando, sempre trabalhando, eu nunca parei de trabalhar. Eu não era de tirar férias, nem licença, só trabalhando”. A participante, chorando, conta que após a perda do marido, seus pais faleceram e recentemente. Há três meses seu único filho, aos 22 anos, morreu em seus braços. Descreve essa cena como terrível e desesperadora. O filho foi diagnosticado, aos dois anos de idade, com anemia falciforme e sempre necessitou de acompanhamento clínico. No entanto, quando adulto, mesmo Nara insistindo, ele resistia ao tratamento. Contudo, ela afirma que aparentemente o filho encontrava-se bem e sua morte foi rápida e inesperada, causando-lhe raiva e revolta em relação aos médicos, a Deus e à vida. “Eu odiei... sabe? Cheguei lá no médico e falei: ‘Como você deixou meu filho morrer? Como você não me falou, não me avisou? Como você deixou chegar a esse ponto?’”

A participante conta que passa as noites deitada no sofá da sala olhando para a foto do filho que está fixada na parede. Não consegue dormir e nem se alimentar, fuma excessivamente e ingere muito café: “Tanto na época do meu esposo quanto do meu filho eu não durmo... (silêncio, choro) Eu ando a noite inteira dentro de casa. Eu faço café, eu não fumava, eu voltei a fumar e muito, a noite inteira... porque quando eu fecho dentro de casa sozinha vem... a solidão, o vazio. Não ter com quem você conversar, não ter, é tipo assim... uma mãe é o seu esteio, como a minha era, eu perdi ela” (choro). Reitera não ter mais desejo de viver e diz que não cometeu suicídio por medo de não conseguir realizar o ato e ter que viver com as sequelas. Nara revela que pensa constantemente no filho enterrado e isso a deixa preocupada, triste e culpada. “Eu ouço ele falar assim: ‘Por que você deixou eu morrer?’”

Enquanto Nara aguarda a aposentadoria, permanece em casa sem conseguir realizar as atividades que antes a ocupavam, como colaborar na igreja e outras atividades voluntárias. Começou a participar do grupo de família do CRAS e foi convidada a frequentar o grupo de TRE por outra integrante. Relata à entrevistadora não existir algo em sua vida que lhe

proporcione prazer ou alegria e que não possui nenhuma perspectiva em relação ao futuro. Os trabalhos na igreja, que antes da perda do filho traziam-lhe alegria e satisfação, deixaram de ser motivadores. Nara revela ter perdido a fé e sentir raiva de Deus. Ela ainda afirma ser muito estressada, impulsiva e irritada.

6.3.2. Percepções da entrevistadora

A entrevista inicial foi realizada após uma participação de Nara no grupo de “treme-treme”. Ela chegou visivelmente abatida, pele pálida, olheiras, suas mãos tremiam e o choro foi constante durante toda a conversa. A morte do filho intensificou um quadro de melancolia que já existia desde o casamento, pois, segundo Nara o relacionamento era permeado por dificuldades e tensões: *“Era terrível... E eu fui já meio deprimindo”*. Intuo que Nara, apesar dos sofrimentos e lutas (perda do esposo e dos pais), ainda conseguia conduzir sua vida, tendo o filho como principal estímulo para viver e trabalhar arduamente. Contudo, com o falecimento deste e a ausência de outros recursos que a ajudassem a lidar com o luto e o sofrimento, ela perdeu também “a razão” para viver: *“[...] nunca desisti, mas aí essa do meu filho, meu filho, essa me acabou” (choro)*. É perceptível no relato de Nara que ela protegeu demasiadamente o filho, que investiu todo seu tempo e propósito na vida dele, que não conseguia deixar de controlá-lo e que muitas vezes tratava o jovem como criança: *“Eu trabalhei a vida toda em função dele. Eu nunca preoquepei comigo, sabe? Ir no salão, comprar uma roupa, um calçado... mas ele, para ele tinha tudo. A minha geladeira era que tipo assim, tinha uma criança, para mim ele era uma criança. Eu comprava era Danone, era bombom... [...] Até pouco tempo, eu colocava comida no prato para ele.[...] Ele saía e eu ligava, noite e dia. E ele sumia e eu ficava desesperada dentro daquela casa. Eu pegava a minha moto e ia atrás dele.”*

Pelos relatos de Nara, pode-se deduzir que o filho recusava seus conselhos e orientações, resistia e não acatava os conselhos dela: *“Eu falava assim: ‘Vamô tratar. O seu organismo não compete. Você fica na rua, você sai, bebe... Invocô com namorada. Eu de cima muitas vezes. Eu danei com namorada lá em casa. Fiz assim: ‘Vai embora, chega! Me dá sussego, nossa’*. Ele ainda brincou comigo: *‘Ah, mãe, quem tem que ir no médico é a senhora. A senhora fala demais! Cê pega demais no meu pé’[...]* Ele viu eu chorar muitas vezes. Eu pedi

um dia para ele, eu abracei ele e pedi e pedi: ‘Pelo amor de Deus, sai dessa rua, não fica na rua. Sua saúde não compete. Eu fico muito preocupada, eu tô acabada...’ Eu tinha medo dele fazer coisa errada.”

Nara não está submetida a nenhum tipo de tratamento, médico ou psicológico, e quando sugerido pela pesquisadora, ela responde que “aguentava”. E em consequência da expressiva culpa que ela sente, chego a inferir que Nara não quer minimizar seu sofrimento, suportando a dor como uma forma de autopunição: “[...] eu penso que talvez poderia ter sido diferente. A minha irmã fala: ‘não poderia, acabou. Nara, você tem que pensá que não foi culpada. Você fez tudo pra ele. Ele tinha plano de saúde, ele fez 18 anos. [...] eu não me sinto no direito de viver”. É notável que Nara deseja morrer e encontrar o filho, não existindo nada que a faça sentir-se bem e recomeçar. A sua aparência expõe seu sofrimento: não há vitalidade, energia ou disposição, o que me faz lembrar um “zumbi” ou um organismo em estado vegetativo. A presença da entrevistada mobilizou-me, pois seu sofrimento é visível e, nesse sentido, empaticamente, sua perda acessa minha humanidade.

É evidente a existência de um quadro grave de depressão em Nara, perceptível não apenas pela aparência descuidada e abatimento físico (ombros curvados, corpo sem vitalidade e energia), insônia, falta de apetite, isolamento social, mas também pelos relatos de dor, sofrimento, desistência da vida manifestada pela ausência de autocuidado, pelo pensamento suicida e desejo de morrer. Há, ainda, a presença de intensos sentimentos de raiva e tristeza: *“Meu corpo tá cansado de viver. [...] eu já pedi muito, para mim não ver a luz do dia” (choro)*. A perda do filho provoca dor, tristeza, raiva, desânimo, medo e negligência para com si mesma e sinaliza um quadro traumático realçado pelas inúmeras perdas vivenciadas por ela nos últimos seis anos.

Nara não quer mais viver e apenas segue em frente, “empurrando”, “suportando”, “aguentado”. Mas contraditoriamente, em meio a todos esses sentimentos e atitudes de desistência, há também uma busca, um movimento, uma tentativa, um organismo que procura ajuda, o alívio, o descanso, o apoio e acolhimento. E é com base nessa força que Nara, mesmo inundada pela depressão, buscara “socorro” no CRAS e conseqüentemente no grupo da TRE, contextos promotores de cura e fortalecimento.

6.3.3. Processo no grupo

Nara começou no “grupo de família” do CRAS e foi convidada por outra integrante para prática da TRE, chegando no terceiro encontro. Nessa primeira participação, estava visivelmente abatida, aparentava cansaço e desânimo. Falava pouco e com dificuldade, sua voz era trêmula, baixa e hesitante, o que resultava em grande esforço para se expressar. Demonstrava dificuldade na execução da série de exercícios da TRE, queixava-se de muito cansaço e dores nas pernas, sua respiração era muito superficial, e havia uma expressiva rigidez no corpo com pouca flexibilidade nos movimentos e baixo tônus muscular. Orientei-a a fazer com calma e devagar, respeitando os limites do corpo e sua disposição.

Durante a vibração, percebi pouco movimento e um leve, suave e quase imperceptível tremor e ainda uma forte rigidez corporal com tensão nos ombros e pernas. Notei um congelamento no corpo de Nara, o que será posteriormente confirmado por ela ao relatar que não percebia as sensações corporais. Não sentia o tremor nas pernas ou pélvis; aparentemente o tremor de Nara era inexpressivo, contudo, ao tocá-la, notei uma vibração interna e muscular não percebida por ela. Também observei uma forte tendência em Nara de dissociar, pois a via mantendo os olhos fechados e se “desligando” da situação presente (demora ao responder o que lhe era perguntando e relato posterior de ter sentido muito sono). Isso indicava uma perda do contato com o corpo, que ela descreve como “viajando”. Essa percepção fez com que eu enviasse orientações para o grupo, especialmente para ela, sugerindo que atentassem às vibrações e às sensações corporais, para não provocar uma perda de contato com a realidade. Encerrando o tempo do tremor, Nara teve dificuldades para abrir os olhos e voltar a atenção para o que acontecia a sua volta. Necessitou que eu a tocasse e emitisse comando verbal, orientando-a a retornar ao momento presente. No momento de compartilhamento do grupo, ela diz em poucas palavras ter gostado e se sentido bem com a técnica.

Nara retornou para seu segundo encontro onde compartilhou com o grupo seu sofrimento e as dificuldades enfrentadas durante a semana: *“Eu passei mal. Tive lá no cemitério e fiquei muito arrasada. Mal, mal mesmo de não ter coragem nem de voltar para casa”*. Ela se expressa com tom de voz baixo, pouca energia e com longas pausas, mas percebe-se que ela se sentiu acolhida pelo grupo para falar de suas dores.

Nesse mesmo dia, Nara falou sobre o encontro anterior, da dificuldade que teve em permanecer no grupo e do seu desejo de ir embora. Mas também confessou que, ao realizar a técnica, ela se sentiu bem, o que pode ser confirmado pelo seu regresso e sua coragem para falar sobre suas impressões: *“Quando eu cheguei aqui, a minha vontade foi de volta. Mas eu fiquei com vergonha devido a ajuda que eu tive pra me mandarem pra cá, né? Gente, mas eu vô, tenho que ir, né? E eu voltei e gostei”*.

No momento da prática com o tremor, percebi no corpo de Nara uma vibração suave e sutil e uma contração muscular traduzida como “congelamento”, acompanhada de uma tendência à dissociação. Quando perguntada sobre sua experiência, relata ter descansando e tido muito sono, o que, segundo ela, ajudou-a, pois tem tido insônia frequentemente. *“[...] foi bom também. Descansei meu corpo, me deu muito sono... [...] eu não consigo chegar em casa e dormir. Às vezes, quando meu filho era vivo, a gente almoçava e até que eu conseguia dormir ali no sofazinho, porque sou muito agitada”*. O sono característico da dissociação foi frequente nas experiências de Nara. Foi percebido por ela como algo agradável e prazeroso, pois nesse momento ela conseguia descansar e relaxar. Porém, ainda é visível a rigidez em seu corpo, característica também do quadro de congelamento.

No encontro seguinte, Nara chegou cabisbaixa, chorosa e conta ter passado a semana *“Muito triste... sem destino, sem saída, dá vontade de fazer nada. Eu tô me sentindo perdida”*. Após a vibração, ela relata ter observado mudanças em seu estado físico: *“Eu senti meu corpo bem melhor. Quando eu comecei, deu vontade de desistir. Parece que só tinha agulha no meu corpo, até o fio de cabelo. Tudo ruim assim, sabe? Tudo doendo, doendo... E ajudou, até aquela fraqueza... passou um pouco”*. Começou-se a perceber pequenos sinais de melhora no corpo de Nara, o que indicou o início de um “descongelamento” das sensações encapsuladas em seu organismo.

Nos próximos encontros, as mudanças continuaram. Nara mostra-se mais comunicativa no grupo, utiliza um tom de voz mais alto e firme e contou que conseguiu retomar seus trabalhos na igreja. *“Tô levando, tá melhorando cada dia mais. Um dia de cada vez... Um dia tá ruim, um dia tá mais ou menos, outro dia tá... Eu tô gostando. Trabalhei muito este final de semana na igreja. Tinha um evento de jovem e eu fui cozinhá pra eles. Foi muito bom,*

trabalhei muito. Passou assim... Um monte de gente, me ocupei o máximo que eu pude”. Nara também relata uma redução das suas dores: “Quando eu comecei, meu corpo tava todo moído. Não tô sentindo aquelas dor mais. Foi bom, eu tremi pouco as pernas”.

É interessante apontar que Nara estava mais perceptiva às sensações corporais, pois, diferentemente do início, ela começou a se atentar para suas vibrações e perceber a redução das suas dores físicas. Ela estava tomando consciência das sensações provocadas pelo tremor, o que pode colaborar para liberar a musculatura tensa e rígida das pernas, ombros e braços. Também já era possível visualizar os tremores em suas pernas, o que anteriormente era percebido apenas ao tocá-la: “[...] eu tô sentindo meu corpo ainda preso. Eu senti aqui... (mostra canela) formigando (pausa, mostra o peitoral), deu duas...” (descreve como fisgada, pontada no peito). Concomitante à sensopercepção e mesmo inundada pelo sentimento de tristeza e saudade do filho, a participante começou a tomar consciência da relação que tinha com ele, especialmente da dependência mantida: “É igual meu minino. Assim, é, tipo assim... Eu fazia tudo pra ele. Eu achava, assim... Ele era meu dependente. Hoje eu vejo que eu que dependia dele. Eu era dependente dele e vice-versa”.

Em uma nova experiência com o tremor, Nara continuou com uma vibração aparente, porém suave e com características dissociativas. Relatou, no momento da partilha com o grupo, que tinha visualizado uma imagem de um lugar bonito e agradável que a fez sentir-se tranquila e relaxada. “[...] tô bem mais tranquila. Eu senti que eu fui lá do outro lado... não sei... Eu senti que eu viajei, voltei... sem querer, eu voltei”. Durante a prática, eu sempre ficava atenta a Nara, pois, ao demonstrar característica dissociativas, eu conduzia seu processo de forma a permitir que ela realizasse as suas “viagens”, mas que também mantivesse contato com as sensações corporais para que assim seu organismo pudesse fortalecer-se e confiar em sua capacidade interna de liberar as emoções traumáticas “congeladas”. Então era comum, depois de algum tempo de vibração, que eu me sentasse ao seu lado e com um toque sutil trouxesse-a para as sensações corporais e para meu contato.

No encontro seguinte, Nara chegou animada e sorridente, e diferente dos outros dias, estava falante e participativa. Notei mudanças em seu comportamento, o que seria justificado em sua narrativa: “Eu passei bem... (fala baixo) levando dia a dia... Um dia melhó,

um dia a saudade aperta mais. Hoje de manhã, entrei no quarto do meu menino. Deixei o guarda-roupa dele todo aberto. Chove, né? E fica... limpei o quarto dele hoje. Deixei impecável! Me doeu demais... sentir dor nas minhas mãos em tocar em tudo...” Mesmo em sofrimento, Nara demonstrou atitudes diferente. Além de conseguir entrar no quarto do filho, ela foi almoçar na casa da irmã, está participando com mais frequência das programações da igreja e decidiu fazer os cursos no CRAS de crochê e decapagem.

As outras participantes percebem as mudanças de Nara, o que é confirmado por ela. Nesse dia, ela relatou a importância que o grupo exercia em sua vida: *“Este grupo aqui me ajudou muito, participá daqui, ver vocês... Muito obrigada a vocês. Cheguei com medo, um caco... tava fechada só dentro de casa. Não gostava que ninguém me visse, não gostava de vê ninguém. Eu trancava lá dentro de casa... o telefone tocava... Minhas irmãs ligava, eu não atendia. Meu telefone fixo, eu cheguei tirá ele da tomada pra nem fazê barulho. Eu fechava a porta, ficava acordada no sofá quietinha, só vendo as foto do meu menino só. Parei com isso... Hoje eu abro a minha casa. Inclusive, eu vim e deixei os vitrô tudo aberto... Deixei o guarda-roupa do meu minino tudo aberto. Dói! Você chega, assim, é um impacto... não sei nem como a gente consegue, mas...”* É notável que Nara busca recursos para se ocupar e não ficar presa nas lembranças do filho, o que demonstra avanços na elaboração do luto e na continuidade de sua vida. Nara descreve o grupo de TRE como um espaço de apoio e acolhimento: *“Eu não tenho mãe, eu não tenho pai, meu esposo faleceu tem seis anos também. Eu fico no meio das minhas irmãs, de vocês que me acolheram bastante; Nossa...[...] nossa, aqui me ajudou muito. Eu fico contando os dias pra vir...”* O grupo representa para Nara o suporte e o recurso para o alívio de suas dores.

Nesse mesmo dia Nara também fala sobre os sentimentos de raiva em relação a Deus e à igreja após perder o filho. Um misto de revolta, raiva e falta de fé. Segunda ela: *“Eu fiquei muito revoltada... Até sábado eu fui numa reunião na igreja, comentei com a minha colega... Eu acho que eu não vou voltar pra igreja mais. Ela falou assim: ‘Não fala uma coisa dessa... se tá difícil, vai ficar muito mais difícil.’ Aí eu falei assim: ‘Mas parece que a minha fé ficou muito abalada’ (pausa, silêncio). Ontem eu comentei com o padre, eu falei assim: ‘Eu vivia dentro da igreja todos os dias. Faço parte da igreja, eu nunca pedi pro meu filho morrer... Eu pedia pra ele, assim, reestruturar... assim, na vida. Ser alguém... Eu pedia para o lado bom*

dele. Isso eu nunca pedi. Como Deus foi vai levar ele (silêncio)? Eu fiquei muito revoltada. No começo, eu chegava na igreja e parece que eu odiava, chegava me doe quando eu via o altar, assim... Teve um dia que eu quase fugi lá de dentro..."

Em meio a esse desabafo em relação a sua religiosidade, Nara conta que voltou a participar dos eventos da igreja e se percebeu mais de tranquila, mesmo com os desconfortos que ainda sentia: “[...] ontem a pregação foi muito bonita. Eu chorei muito na missa ontem. Foi me doendo, doendo e doendo assim ... Mas eu fiquei quieta até o final”. Ela acrescenta que o grupo da igreja a visitou e que se sentiu bem. “O pessoal da igreja esteve lá em casa na sexta-feira. A gente rezou lá dentro de casa...” Em outro momento com o grupo, ela narrou com alegria que ajudou o padre a realizar uma missa numa fazenda e a organizar a despedida do pároco, o que permite inferir que ao liberar a raiva por meio da técnica, juntamente com outros recursos, Nara mostra-se mais disponível para retomar suas atividades.

Na prática da TRE, os tremores de Nara intensificam-se, o que a deixou surpresa e feliz: “Tremi bastante. Eu não tinha conseguido quase nada... As perna hoje tremeu bastante. Eu tinha curiosidade de saber como era. Senti... senti que tremeu muito...” Ela já começava a perceber as mudanças em seu corpo após a vibração: “Parecia uma estátua. Meu corpo tava fechando, fechando...” Ela relatou tudo isso em tom de voz baixo e ombros caídos, com bocejos intercalados. Sua postura, desse modo, demonstrava relaxamento no corpo e afrouxamento da musculatura, apontando para atuação do sistema nervoso parassimpático. Ao se atentar para suas sensações, pode-se afirmar que Nara está mais “conectada” consigo mesma e percebendo o corpo como um espaço de prazer e conforto. Mais uma vez fica evidente o descongelamento acontecendo e conseqüentemente a vitalidade e a energia fluindo em seu organismo.

Nara revelou ao grupo que começou a praticar o TRE em casa e que percebeu uma mudança em seu sono: “E ontem à noite lá em casa, eu não tava conseguindo dormir. Deitei lá no tapete da sala e a minha perna tremeu muito, bastante também. Mas aí depois me deu sono e eu dormi... Tem sido bom pra dormir”. Durante uma nova prática com o tremor, Nara experiencia uma intensa raiva e sente no corpo algo novo e estranho: “Eu senti uma sensação, assim, muito estranha, de revolta. Eu senti, assim, que meu menino tava muito próximo. Eu já tava sentindo assim revoltada... me deu vontade de levantar e sair. Eu fiquei quieta... saudade,

angústia, muita revolta... eu sinto... eu quase chamei... eu quase levantei... deu uma sensação... deu vontade assim de ir embora". Nesse momento, eu convidei Nara a entrar em contato com esse sentimento, perceber como fica o corpo e respirar imaginado a raiva saindo. Essa situação revelou o descongelamento emocional de Nara, a raiva congelada decorrente da impotência diante das perdas, um organismo que foi impedido de lutar e enfrentar e para "suportar" precisou conter seus sentimentos e sensações.

No momento em que experimentou essas sensações, mesmo não chamando as terapeutas, ela esticou as pernas e o tremor parou. Ela já sabia que, nessas situações de forte emoção, é necessário interromper para não sobrecarregar o sistema. Ela aprendeu a autorregular-se, o que foi importante para que percebesse os sentimentos e pudesse integrar essas emoções com consciência. Essa sensação que Nara teve é chamada de inundação e traz uma forte carga emocional ao organismo, necessitando de tempo e calma para o organismo autorregular-se. Importante destacar que a inundação só foi possível porque Nara começou a sair de um quadro de congelamento presente no processo de dissociação que era típico em sua experiência com o tremor - a raiva que estava presa como resíduo energético no congelamento, raiva das perdas, raiva associada à impotência, quando não é possível fugir de ou enfrentar uma situação não aceita, mas que necessita ser digerida.

No encontro seguinte, Nara comunicou ao grupo a percepção de sua melhoria e relatou o seu envolvimento com as programações da igreja, mostrando mais disposição e motivação para as atividades religiosas. Atividades essas que contribuem com seu desenvolvimento: *"Eu passei bem, graças a Deus! Pra mim foi bem... (voz mais firme e demonstrando animação) foi muito bom... Eu fui pra um evento sábado de madrugada e voltei ontem. Eu me ocupei. Foi bom... Tenho me ocupado muito. Não pode parar... Graças a Deus, eu tô bem... Vocês me ajudô muito! Nossa, quando eu cheguei aqui, eu tava no fundo do poço"*. Mais uma vez, Nara ressaltava a importância do grupo no seu processo de recuperação e elaboração do luto.

Após a prática da técnica Nara expõe que, durante o tremor, ela teve uma visualização que foi sentida por ela como real: *"Eu sonhei... o que, que eu vi... uma multidão e uma pessoa passou assim e falou assim... umas 200 pessoas. Aí, veio um cachorro assim na*

minha direção. Parece, assim, que eu fiquei vendo braço do meu menino com relógio. Foi muito real” (pausa prolongada. Ela ainda estava na imagem). O tremor ainda provocou em Nara uma dissociação, mas diferente de outros momentos em que eu precisei ajudá-la a voltar, seu organismo organizou-se de forma autorregulada. Ela transitou entre a fantasia (refúgio para o alívio) e o corpo (sensações e percepções dos acontecimentos no corpo): *“Voltei assim, abri meu olho”*.

Depois de vários encontros animada e disposta, Nara chegara no próximo abatida e triste, justificando ao grupo o motivo da sua última falta: *“Cansada... Eu tô arreventada... Eu achei muito ruim porque na segunda que eu não vim. Eu cabeí de dá, finalizá minha aposentadoria. E eu achei muito ruim porque eu queria que a primeira pessoa que... eu queria que soubesse era meu filho. Eu achei muito ruim, muito, muito, muito. Mexeu demais, mexeu”*. A autorização da aposentadoria provocou em Nara tristeza e desânimo, uma vez que representava para ela tempo e disponibilidade para o filho, e sem ele essa “conquista” perdia a importância: *“Nada, pra mim, nada... não mudou nada (pausa, silêncio). Nada... (pausa) esperei muito tempo...”* (choro).

Nesse mesmo encontro, Nara, ao tremer, contatou um espaço de paz, tranquilidade e relaxamento que marcou o início de um novo processo vibratório: *“Por um minuto, assim, eu não pensei nada, sabe? Eu desliguei, assim, foi bom... Fazia tempo que eu não sentia assim a minha cabeça. Foi diferente... Eu tava assim... É, tipo assim, minha cabeça dói 24 horas, aquela perturbação. E eu senti que, nesse momento ela, foi... cessou... Eu conseguia, assim, cochilá... Eu queria ficar assim o resto da vida... na paz”*. Nara encontrou no momento da vibração, o prazer e o relaxamento que há tempos não sentia e pôde experimentar a paz e a tranquilidade, “suspendendo” por algum tempo o peso da dor e da tristeza.

Assim, nos próximos tremores, Nara acessou uma vibração que a deixou mais calma e tranquila. Pode-se inferir que os tremores neurogênicos provocaram uma liberação dos sentimentos de angústia, tristeza e raiva em Nara, promovendo sensações agradáveis de calma e bem-estar. *“Tô bem, calma. Não deu aquela viajada não. [...] ficaram até calmos”* (referindo-se aos pensamentos). A prática da técnica já não provocava em Nara a forte inundação que era frequentemente experienciada e as descargas de resíduos traumáticos (raiva, tristeza) do sistema

nervoso permitiram uma regulação do organismo e um aumento da capacidade de Nara para sentir prazer.

No último encontro em grupo, Nara voltou a ressaltar a relevância do grupo para sua vida e expressou o desejo de continuidade: *“Pra mim foi muito bom, porque quando eu cheguei aqui eu tava muito mal. Eu sentia, assim, que eu superei bastante através da ajuda de cada um de vocês. E muito obrigada, espero chegá 2019 juntas novamente... todo mundo aí”*. É notável pela pesquisadora e pelo grupo a melhora de Nara. Seu corpo está com mais vitalidade (postura, pele corada, cuidados com o corpo), comunicando-se com mais energia e disposição, além de mostrar um pouco mais de motivação para a vida ao se envolver com as atividades da igreja e com o grupo de artesanato. O choro constante no início do processo já não era frequente.

6.3.4. Percepção de Nara em relação ao processo vivido

Nara chegou na entrevista final apresentando visível melhora na aparência e no humor, estava sorrindo e animada com a nossa conversa. Ela relatou que percebeu sua mudança em relação ao início do processo grupal: *“Eu comecei muito mal como você mesmo sabe, né? Eu cheguei aqui eu senti que eu era a última pessoa do mundo por tá passando tudo que eu passei”*. Diz não ter mais pensamentos suicidas e nem vontade de se matar: *“[...] eu cheguei ao ponto de... de ter coragi assim de acabá com minha vida. Eu não sei como eu não fiz isso... Teve o dia que eu té peguei uma faca e falei assim: ‘Vô acabá cum a minha vida porque essa história acabô. Hoje eu vejo, assim, talvez se eu tivesse feito isso, eu tava sofrendo mais”*.

Nara fala da importância da ajuda do grupo no seu fortalecimento emocional e disse que a partir dos encontros teve consciência de que outras pessoas também sofriam, o que a fez sentir-se apoiada e acolhida em suas mazelas: *“Eu fui me inturmando cum vocêis. Você é uma pessoa que tem uma... Eu até comentei com a minha irmã... Pega as coisa assim longe... me ajudô muito. A outra psicóloga, a Silvia... as outras colega. Então eu fui vendo, assim... A dor era minha, só que todos têm a sua dor”*. No grupo, sua dor pôde ser compartilhada e suportada pelas experiências das outras participantes, o que a fez sentir-se aceita e compreendida, sem críticas ou julgamentos.

Para ela, a TRE contribuiu ao promover descanso, tranquilidade e relaxamento: *“Colaborou muito, muito, muito. Aquele assim... o repouso que a gente teve”*. Ela ainda reforçou a paz que encontrou ao fazer a técnica: *“Teve antes dessa última veiz, antepenúltima, né? Foi muito bom. Eu sentia minha cabeça que eu... É assim, muitos ano que eu nunca tinha vivido aquilo... de paz”*. Com a técnica, ela foi capaz de acessar um lugar onde não havia problemas ou dor, permitindo que tivesse momentos de leveza e bem-estar: *“Eu saí dessa Nara aqui e me encontrei aquela assim, sabe? Quando cê tá quase sem poblema, sabe? Eu vivi isso...”*.

Nara relatou não sentir mais a raiva que a inundava com tanta intensidade, e que no momento é a saudade do filho que a domina. Essa mudança foi notada após Nara acessar e liberar a raiva pelo tremor no decorrer da prática com a TRE: *“Aquele ódio... eu tava com tanto ódio! Um dia eu falei pra minha irmã que eu num gostava de saí na rua porque quando eu via os colega do meu minino... Eu comentei, né? Eu tive vontade de apagá cada um deles. Hoje então tem mais isso. Eu tava mais com ódio do que cum sentimento. Hoje me vem mais a saudade... muita saudade...”*

Ela acrescentou que controla mais os sentimentos impulsivos e desnorteados e que consegue racionalizar e se envolver com alguma atividade que a impeça de agir irracionalmente: *“Sabe, a vontade era de saí. Eu falei assim: ‘Nossa, eu num posso fazê isso. Fui lá joguei uma água na área, peguei um crochê, peguei uma garrafa de café... passou... E eu saia, eu podia tá do jeito que fosse, eu saia...”* Também, compartilhou com a pesquisadora a redução dos lamentos e dos choros: *“Saia, chegava na casa dum, chorava, reclamava, reclamava, reclamava. Hoje muita das vezes eu procuro falá menos... eu aprendi aqui”*. Nara pôde, com o tremor neurogênico, “falar” pelo corpo, liberando e “descarregando” suas emoções e conseqüentemente sentindo menos necessidade de expressar sua dor em outros contextos. Isso somado ao fato que no grupo ela podia falar quando desejasse e era confortada pelas outras mulheres.

Nara verbalizou estar sentindo mais prazer pela vida: *“Aumentou, assim... eu descobri assim que cada um tem seu dia... porque eu quando eu vem pra cá, eu entrei no grupo de crochê, entrei no da quarta, vou pra igreja, tenho meu grupo da igreja. Eu tenho as criança,*

eu convivo com eles” (referindo-se aos grupos de jovens da igreja com o qual voltou a colaborar). Nara demonstrou alegria e entusiasmo ao descrever suas atividades e percebi-a disposta e interessada em aprender novas coisas (quer continuar o curso de crochê e decapagem).

É claro que Nara ainda sofre com a perda do filho, mas, diferente do que relatou na primeira entrevista, ela tenta não explorar a lembrança dele nem reforçar o sofrimento: *“Eu tava... tipo assim, eu tirava horas pra pegá meu celular ou pegá uma foto dele e ficá olhando... Hoje, às vezes, eu evito um pouco”*. Na primeira entrevista, ela revelou sentir-se culpada em relação à morte dele, o que a levava ao comportamento autopunitivo. Nesta entrevista, no entanto, ela não apontou esse sentimento. Quando citei a palavra “culpa” no completar frases ela respondeu: *“Não, não sinto culpa”*.

Nara surpreendeu-me ao dizer que fez tudo que pôde pelo filho quando este era vivo, até mesmo exagerando nos cuidados e no controle: *“Eu não tenho arrependimento de fala assim meu filho quiria isso, eu não fiz, né? Eu não fui uma mãe perfeita não, mais eu fiz muito, muita coisa que eu não poderia ter feito. Estraguei ele também... estraguei... mimei demais”*. Nara precisou sair do contexto da culpa e da autopunição para perceber-se como uma mãe que era boa, mas também cometia falhas: *“Eu fiz o que eu pude, talvez eu poderia ter feito diferente, né? Mais eu nunca imaginei”*. Ressignificar seu papel como mãe foi importante para libertar-se da culpa, e isso só foi possível por meio do tremor e da liberação de sentimentos intensos que a impediam de racionalizar com calma e tranquilidade.

Em contraposição à primeira entrevista, Nara percebeu a morte do filho numa outra perspectiva e ao responder o “completar frases”: *“Sou o quê... hoje? (silêncio por alguns segundos) Agradecida a Deus por tudo que eu passei... tá aí de pé. Agradecê a Deus por Deus ter levado meu filho com as próprias mão dele e não por mãos humanas, né?”*. Na primeira entrevista suas falas eram: *“Sou muito triste e revoltada”, “Minha vida péssima, sinto alegria com nada”*.

Nesse aspecto, Nara não expressava nenhuma perspectiva de vida, nada a animava, sentia-se apática e desmotivada. Nesta entrevista final, ela relatou que se sentia realizada com seu trabalho na igreja: *“Tenho me sentido muita das vezes realizada no meu*

trabalho.” E sua vida está oscilando entre momentos de solidão e momentos bons: *“Minha vida tem sido... como que eu vô te falá? Às vezes muito só e às vezes bem. Um processo... e me sinto uma vitoriosa, né? E muito obrigada...”* Ela percebeu mudanças no humor e no nível do estresse: *“O estresse eu tenho controlado bastante”, “Meu humor também tenho controlado bastante. Era bem mais... expansiva. Eu chegava assim e sabe, eu falava e falava. Hoje eu penso assim, eu falei muito com meu filho. Se eu tivesse aqui hoje talvez eu teria falado menos, né? Talvez teria sido diferente, né?”*

A participante relatou mudanças em seu sono depois que começou a prática da TRE, o que a reforçou a experimentar o “treme-treme” em casa: *“Eu durmo assim, agora ultimamente eu tô durmindo mais. Eu gosto de ficá lá na sala assim... Até a primeira vez que eu fui fazê, eu coloquei uma almofada assim... Eu lembrei, meu minino tava lá, assim... parece que me olhando, né? Aí eu fui lá pá copa, fiquei, fiz. Eu já fiz várias vezes... muda, discansa, te dá mais sono, que cê sente assim mais descansada”.*

Nara reforçou o desejo pela continuidade do grupo: *“Nossa, eu já tô sentino assim... Eu me encontrei muito com vocês... Eu tenho muito apoio, nossa! Esse grupo, nossa, foi uma benção... uma pena que vai acabar”.* O grupo simboliza uma boia que a “salvou”: *“Eu cheguei no grupo rastejando, eu tava cheia de ódio. O TRE me ressuscitou”.*

Durante o tempo em que participou do projeto, Nara não passou por outros tratamentos nem usou nenhum medicamento psicofármaco para depressão. Ela própria atribui à técnica a sua melhora: *“Antes dos exercícios eu tava um lixo. Depois dos exercícios, eu me senti outra pessoa. Aos poucos eu tô me encontrando”.* A TRE e o grupo mostraram-se eficazes para a melhora do humor e do estado deprimido da participante.

6.3.5. Vulnerabilidade e trauma na trajetória de Nara

São notáveis as mudanças percebidas em Nara, chego a me surpreender na entrevista final com sua autopercepção e consciência. O grupo bem como a prática da TRE influenciaram sua vida, oferecendo um suporte emocional para elaboração do seu luto e para liberação de traumas advindos de sua trajetória pessoal (perdas e dificuldades). A participante

chegou ao grupo com um quadro grave de depressão marcado por uma atitude de desistência da vida e especialmente por pensamentos recorrentes de morte que reforçaram a situação de risco e vulnerabilidade em que ela já se encontrava, assinalando um luto traumático e devastador.

Torlai (178) aponta que a perda de um ente querido desperta vários sentimentos como, angústia, solidão e medo, provocando sofrimento, dor e tristeza. Isso implica na necessidade de um tempo para elaborar e ressignificar sua vida. Contudo, muitas vezes, mortes inesperadas ou uma sucessão de perdas, agregadas de muito sofrimento, como no caso de Nara, acarretam riscos e traumas para a saúde mental. Para Gregio (179), o luto traumático caracteriza-se pela perda de um ente querido de forma repentina, inesperada e violenta, provocando um baque na ideia de segurança e na confiança da pessoa, acompanhada de altos níveis de raiva e culpa. A culpa vincula-se à incapacidade de salvar a pessoa e a raiva está relacionada ao desejo de vingança. Podemos perceber que Nara apresenta estes sentimentos: de culpa, por não ter feito algo para salvar o filho, de intensa raiva em relação aos médicos, aos amigos do filho e a Deus. A autora ainda acrescenta que o luto traumático afeta a identidade da pessoa e a capacidade de enfrentamento do enlutado, gerando estresse e incapacidade de se adaptar à nova realidade, além de contínua presença de lembranças dolorosas.

Nara carrega no corpo as marcas desse luto traumático. As perdas no decorrer de seis anos sobrecarregaram seu SN e estas, junto com a morte inesperada do filho, provocaram nela um alto nível de estresse e o desenvolvimento de mecanismos de sobrevivência para suportar a dor e o sofrimento (congelamento e dissociação), o que demarcou, desse modo, experiências extremamente impactantes e dolorosas.

No decorrer do processo, acompanhou-se a evolução de Nara em suas descargas emocionais e traumáticas e assistiu-se a sua mudança de posicionamento diante da vida. Torlai (178), em seus estudos sobre o luto em situação de desastres, discorre sobre quatro fases vividas pelo enlutado, e durante o trabalho corporal com a TRE foi perceptível, não necessariamente nesta ordem, a presença destas fases:

- 1) Entorpecimento: num primeiro momento, o enlutado fica em choque, experimenta o entorpecimento e descrença, sentindo-se imobilizado e perdido,

apresentando alteração na respiração e rigidez no corpo. Notou-se em Nara uma imobilidade tônica ou paralisação corporal, o que é denominado aqui de congelamento (107, 6, 7). Ela chegou no grupo demonstrando desânimo, tristeza, prostração e com muita rigidez corporal. Apresentava dificuldade na respiração e um congelamento corporal com ausência de conexão com as vibrações que ocorriam durante a TRE. Levine (106) descreve a rigidez no corpo como uma contração, resposta física diante da ameaça, em que ocorre uma alteração na respiração, tônus muscular e postura da pessoa. Quando a contração não consegue energia suficiente para defender-se, o SN aciona outros mecanismos como o congelamento e a dissociação. “A contração, a dissociação e o congelamento formam o conjunto de respostas que o sistema nervoso usa para lidar com o cenário no qual precisamos nos defender, mas não podemos fazê-lo” (196). Foi notório no processo de Nara que o descongelamento do seu corpo, por meio da vibração e da confiança no ambiente e nas terapeutas, desencadeou fortes sensações de raiva, permitindo posteriormente que ela acessasse sensações de prazer e relaxamento, ou de “paz” como ela mesma descreveu. Pedrosa (informação verbal¹⁴) explica que o congelamento resulta de uma luta mal concretizada (resposta de enfrentamento) em que a raiva (ódio) é encapsulada e no descongelamento é liberada, e o organismo volta a equilibrar-se num processo de integração.

2) Desespero: nesta fase pode-se instalar a apatia e a depressão, sendo comum que o enlutado “feche-se” para o mundo e se afaste das pessoas e das atividades e apresente dificuldade em retomar o prazer pela vida e pelas atividades do dia a dia, além da presença de sintomas somáticos. Nara estava depressiva e sem nenhum interesse pela vida, e seu corpo demonstrava apatia e uma acentuada ausência de vitalidade (cor da pele, expressão facial, postura corporal, etc.). Sua aparência estava descuidada e a falta de energia e disposição eram evidentes, inclusive na sua dificuldade em realizar os trabalhos corporais, com queixa de fraqueza e dores nas pernas, baixa disponibilidade para realizar a sequência de exercícios da TRE e sensação de dores em todo corpo. No

¹⁴ Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

trauma, segundo Levine (115), a pessoa perde a capacidade de sentir prazer e de buscar a autoproteção, pois quando o corpo precisa desprender-se das sensações de sofrimento, ele também se desconectará das sensações físicas que provocam conforto e satisfação e os sentimentos de medo, desamparo e fúria passam a dominar. Na situação de Nara, o luto traumático era agravado pelos pensamentos suicidas e pelo desejo de morrer. Bercelli (2008) defende que a ideia de que o suicídio está diretamente associado à diminuição ou ausência das sensações físicas e estas contribuem para a idealização do suicídio, o que cria um conflito na relação corpo-mente.

3) Anseio e protesto: nesta fase há presença de fortes emoções e sofrimento com desejos de reencontrar a pessoa, onde o enlutado tem a vívida sensação da presença do morto e os sentimentos de raiva (de si ou em relação aos outros), e de culpa contra si mesmo são comuns. No caso de Nara, os sentimentos de raiva e culpa eram constantes e, durante suas experiências com o tremor e no mecanismo de dissociação, era frequente que ela “visse” ou “sentisse a presença do filho”. Nara “recorria” à dissociação como um recurso para lidar com as sensações e sentimentos dolorosos do trauma. Entretanto, com o engajamento social, ela pôde fortalecer-se e descarregar as emoções que estavam subacopladas na imobilidade (ou congelamento). Nesse sentido, Pedrosa (informação verbal¹⁵) afirma que, no trauma, o congelamento corresponde à resposta fisiológica (corpo) e a dissociação à uma resposta psicológica (mental), o que fica evidente no processo de Nara. Ele ainda defende que a capacidade de dissociar favorece a cura. No caso de Nara, ao fazer isso, ela teria aprendido a administrar suas experiências e manejar suas emoções (autorregulação). Nara experimentou o engajamento social (6) e conseqüentemente o apoio e estímulo para a autoaceitação das sensações corporais. E, assim, gradualmente seu organismo foi permitindo, por meio do tremor neurogênico, as descargas residuais.

4) Recuperação e restituição: apesar da tristeza e dor, o enlutado começa a retomar suas atividades e pensamentos positivos são mais presentes. E, mesmo com a

¹⁵ Informações concedidas a pesquisadora pelo professor terapeuta em TRE Mariano Pedrosa por meio de uma entrevista gravada na cidade de Brasília no dia 15 de junho de 2019.

instabilidade emocional, a pessoa já aceita a condição da perda e inicia um processo de resgate de si mesma e busca novas amizades e situações. Durante o envolvimento com o grupo e com a liberação da raiva e dos resíduos traumáticos por meio da TRE, Nara foi gradativamente reintegrando-se (razão, emoção e sensações), mostrando-se mais animada para a vida e restaurando seus recursos internos e o desejo de retomar seus projetos. Assim, ela voltou a se envolver com novas atividades (grupo de crochê e decapagem) e resgatar as ocupações que lhe eram rotineiras como os trabalhos da igreja e do voluntariado. O corpo de Nara foi capaz, pelo processo vibratório, de resgatar seu estado natural de pulsação e assim restaurar o equilíbrio e a homeostase. Nesse aspecto, Nascimento (101) expõe que, nesta fase, a pessoa irá restabelecer a capacidade pulsatória entre contração e expansão, visto que a primeira se relaciona com estado da pessoa de refletir e se autoavaliar; e a segunda com a capacidade da pessoa de buscar o outro para satisfazer suas necessidades. “Busca-se a recuperação da vitalidade e pulsação do corpo que foi colapsado pelo trauma, bem como sua consequente elaboração e interpretação” (101).

Ao final do trabalho, percebeu-se uma Nara capaz de conectar-se consigo mesma, com seu corpo e sentimentos e conseqüentemente apresentou estar mais consciente do seu processo e necessidades. O grupo foi fundamental para o resgate da sua saúde mental e pode-se, sim, validar a importância da técnica no desenvolvimento da participante, já que como ela mesma afirma: “O TRE me ressuscitou”. É visível a melhora de Nara, física e emocionalmente e, diferente do início da pesquisa, vê-se uma mulher proativa, recomeçando sua vida e buscando novos relacionamentos e estratégias para amenizar seu sofrimento.

Não se pode afirmar que somente o TRE colaborou com a mudança da participante, mas com certeza teve uma grande contribuição para as descargas e liberações dos conteúdos dolorosos e traumáticos. A depressão e os pensamentos de morte não estão mais presentes nos relatos de Nara e ela demonstra uma maior disponibilidade para continuar a vida. O luto pode ser vivido com mais consciência, integração e sem culpa. A morte do filho continuará com certeza a causar tristeza e saudade, sem, no entanto, destituí-la de sua capacidade de resiliência e ressignificação. As experiências traumáticas de Nara mudaram sua vida e conduziram-na a novas crenças e percepções de vida. Como cita Bercei (78):

“Qualquer pessoa, que tenha lutado para recuperar-se de um evento traumático, sabe que processou o evento inúmeras vezes, focando-se intensamente no trauma, tentando achar algum significado em algo tão sem sentido. Apesar da lógica nunca resolver o trauma, algum tipo de resolução eventualmente acontece e, mais uma vez, ajuda o indivíduo a reconstruir um novo sistema de crenças que o ajuda a aceitar a vida e a incorporar esse trauma, na sua história, de modo que possa ser redirecionado para uma nova vida.”

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS: TECENDO REFLEXÕES SOBRE TRE, VULNERABILIDADE E CONDIÇÃO FEMININA

Percorreu-se um longo percurso para que, enfim, este trabalho fosse concluído. Sabe-se, contudo, que o fechamento de um ciclo implica em recomeços e formulação de novos planos e desafios. Com essa ideia, reconhece-se que o término de uma tese encerra uma atividade, mas abre possibilidades para outras reflexões, estudos e investigações. A concretização de um projeto, desenvolvido no período de quatro anos, inexoravelmente mostra que o saber se constrói a partir da curiosidade, da persistência e de inúmeros questionamentos sobre determinados fenômenos e realidades. No caso deste trabalho, pesquisar a TRE atrelada à situação de trauma e vulnerabilidade. Esse contexto possibilitou estudar o papel da técnica na vida das participantes, mas especialmente permitiu compreender, numa perspectiva ampla e sistêmica, a condição feminina e os inúmeros determinantes do adoecimento da mulher nos dias atuais.

A vulnerabilidade feminina é uma condição confirmada em todas as dezoito participantes. Em suas narrativas, evidencia-se o discurso da opressão vivenciada por essas mulheres dentro de suas relações de gênero, com seus pais/irmãos, maridos, namorados e/ou parceiros. A condição feminina, não apenas dessas participantes, mas da mulher brasileira é reflexo de uma cultura machista, na qual a persona feminina é inexistente enquanto protagonista, seja em espaços privados, políticos ou públicos, dentro do quadro social. Sob as chancelas machistas, preconceituosas e arcaicas, as mulheres pesquisadas representam o modelo de relacionamentos que pressupõe inferioridade e submissão do gênero feminino frente ao masculino, reproduzido no cotidiano contemporâneo. Além da questão de imprópria equidade de gênero, as mulheres pesquisadas também apresentaram marcadores relevantes de condições socioeconômicas e culturais: pouco letramento e baixa escolaridade, problemas de ordem estrutural (moradia), baixos salários, tripla jornada de trabalho, chefia familiar, abuso e violência doméstica, escassez de acesso a serviços de promoção à saúde e de bens de consumo duráveis e não-duráveis.

Nesse cenário, ser mulher, pobre, somado à baixa escolaridade, desqualificação profissional, ser negra e chefe de família reforçam a situação de vulnerabilidade e risco para a

maioria das participantes e revelam, ainda, uma cultura pautada na desigualdade de gênero e na dominação do homem sobre a mulher, em que o machismo, o patriarcalismo e o capitalismo apropriam-se da vida das mulheres, de seus corpos, de sua força de trabalho e de suas escolhas. Como acontece com a maioria das mulheres que nascem neste país, não foram oferecidas a essas participantes outras possibilidades de vida, além da reprodução, da maternidade, dos serviços domésticos e dos cuidados com os filhos. A história de vida das integrantes demonstrou que a sobrevivência de si e da família era o que impulsionava a “seguir em frente”. Era necessário buscar recursos para a manutenção da casa e os cuidados dos filhos, e dessa forma, o trabalho precário e muitas vezes insalubre foi a alternativa encontrada para manter economicamente a família.

Muitas mulheres submeteram-se e se submetem aos estereótipos determinados pelo homem nos quais a fragilidade feminina é recalcada para a manutenção dos velhos controles, dominação, exploração e exclusão social. Não puderam estudar, profissionalizarem-se, tampouco chegar ao ensino superior. Dora é exemplo desse desequilíbrio sociocultural. Ela tem consciência que não lhe foi dada a possibilidade de escolha, e sabe que poderia ter experimentado outros estilos de vida. Foi-lhe determinado o matrimônio, porque este era o espaço que deveria ocupar, e assim ela cumpriu seu papel. Nesse padrão, Dora quase perdeu a vida, como vítima de violência doméstica. O que nos remete à faceta da violência de gênero, presente em mais da metade das trajetórias de vida das mulheres que participaram deste estudo e nos elevados índices de violência doméstica e feminicídio encontrados no país. De acordo com o IPEA (180), a cada duas horas uma mulher foi assassinada no Brasil em 2018, 4.519 vítimas, destacando-se a mulher negra com 68% da taxa de homicídio - dados que refletem a discriminação de gênero que, mesmo atualmente, está longe de ser superada.

Os papéis engessados, estereotipados e socialmente impregnados nas relações de gênero por meio da educação familiar e escolar ensinam-nos, por um lado, que nascemos com habilidades inatas para sermos mães, esposas, cuidadoras, sensíveis e frágeis, e por outro que precisamos cuidar da “beleza” para uma aparência desejável e atraente, termos corpos sensuais, e destinados a oferecer prazer e satisfação para os homens. Necessário ainda sermos fortes, “guerreiras”, dinâmicas e versáteis para cumprirmos todos os papéis com maestria, equilíbrio, simpatia e docilidade, como espera-se que façamos. É claro, destacamos as dificuldades

enfrentadas no mercado de trabalho, pois mesmo no cenário em que a mulher que estuda mais e recebe menos que os homens, faz-se imperativo provar nossa competência e habilidade cotidianamente.

Em todos os contextos, o patriarcalismo ainda prevalece, com novas roupagens e recortes, mas com evidente expressão de dominação e gerência masculina da vida social e do lugar de inferioridade em que a mulher continua sendo colocada. Somado a isso, a força das tradições cristãs, herança medieval, ressalta o discurso do lugar determinado à mulher na família e na sociedade. Percebe-se que os discursos das participantes são permeados pelos valores cristãos, o que permite afirmar que as instituições religiosas podem ser espaços de apoio emocional e, contraditoriamente, da perpetuação da desigualdade social, de gênero e da manutenção dos ideais machistas, patriarcais e da apropriação de corpos e subjetividades do valor feminino.

Assim, discutir e refletir sobre as feições sociais e culturais torna-se imprescindível, especialmente quando há o confronto com o paradigma da feminilização da pobreza em que se fundamenta a crença da mulher “chefe de família” como produtora da pobreza no país. Tal alusão promove o fortalecimento do fracasso feminino no ato de gerenciar, administrar e prover o ambiente familiar. Na contramão, percebe-se que esse fenômeno, da chefe de família não fomentar a pobreza, mas decorrer dela e das inúmeras adversidades vivenciadas e enfrentadas rotineiramente pela mulher desse tempo. É necessário, portanto, discutir identidade de gênero nas escolas, instituições, contextos públicos e privados. É necessário promover uma educação para equidade de gênero. É necessário a criação de políticas públicas acessíveis às mulheres como promotoras de debates e de reflexões apropriadas de sua identidade de gênero. É necessário a conscientização de mulheres, mães, esposas, profissionais para a contínua reformulação dos papéis feminino/masculino. É necessário que a mulher seja mobilizada a participar de processos decisórios e que ocupe cargos de liderança e de protagonismo privados, públicos e políticos, com poder legítimo e visível. É necessário que as mulheres se apoiem, defendam-se, curem-se e desenvolvam-se. É necessário a criação de espaços de troca, de partilha e de cura, por meio de: terapias acessíveis, viáveis e econômicas, e redes de apoio em formatos de grupos de pertencimento.

A literatura revela que as mulheres adoecem mais que os homens (52, 66, 67, 73). Em contrapartida, são elas que mais buscam suporte em instituições, programas e grupos sociais (nas áreas da saúde física, emocional e mental). É notório também que, mesmo em condições adversas, as mulheres lançam mão de diferentes estratégias para resgatar sua qualidade de vida e comumente recorrem a grupos terapêuticos, práticas integrativas e promotoras de fortalecimento. Busca comprovada pela composição do grupo da TRE, objeto da presente pesquisa, e pela assídua participação nos encontros desse grupo.

Assim, evidencia-se nesse estudo a condição da mulher contemporânea, em especial da mulher pobre e de sua intrínseca relação com os prejuízos na saúde mental. Reconhece-se o contexto social como determinante de seu sofrimento psíquico e da constituição de transtornos psicológicos, sintomas estressores e traumáticos.

Ao serem considerados os objetivos propostos inicialmente, este estudo revelou que a TRE foi eficaz de diferentes formas e intensidades para redução de estresse e sintomas potencialmente traumáticos em todas as participantes. Observou-se, no decorrer do estudo, que houve uma mudança nos aspectos psicoemocionais e comportamentais das mulheres com evidente diminuição do estresse e de possíveis traumas preexistentes.

O contexto grupal revela-se como valioso espaço de fortalecimento, empoderamento e desenvolvimento, levando a inferir que os efeitos da TRE são potencializados quando realizados em grupo, pela força e dinâmica que permeiam esse fenômeno. A partir da análise do processo do grupo, conclui-se que a técnica possibilitou mudanças significativas em relação ao humor (ansiedade e depressão), autoestima, vitalidade, disposição e redução das dores físicas. A TRE teve um papel fundamental para a autorregulação dessas mulheres. Ao final do processo mostraram-se mais organizadas emocionalmente, mais alegres, descontraídas e responsáveis pelo próprio bem-estar, revelando sensações de leveza e prazer com seus corpos, assim como ausência das queixas e sintomas apresentados no início da investigação.

O estudo dos casos individuais nos permitiu mergulhar nos processos subjetivos de Maura, Silvia e Nara para compreender, em profundidade, os efeitos da TRE na vida dessas participantes que apresentavam diferentes tipos de vulnerabilidades e sintomas traumáticos. Em relação a Maura, verificou-se um contexto repleto de adversidades e situações promotoras de

estresse e traumas como negligência, pobreza, privações, inúmeras perdas e um corpo marcado pela reprodução, violência e exploração. Com a prática da TRE, Maura descobriu o prazer existente em seu corpo, ao liberar as tensões e conteúdos traumáticos, o que possibilitou o resgate de sua saúde física e emocional. Com relação a Silvia, notou-se uma situação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Sua vulnerabilidade decorria da situação de sofrimento psíquico na infância marcada pela violência familiar, em especial pelo conflito com a figura paterna. A técnica mobilizou intensas emoções, com resposta de inundação e correlação com esse período de vida. Gradativamente, Silvia foi se autorregulando e demonstrando aumento dos sonhos, resignificação da relação com a figura paterna, equilíbrio psicoemocional e harmonização das relações afetivas e familiares. No caso de Nara, verificou-se depressão acentuada, como consequência de um traumático luto vinculado à recente morte do filho. A técnica permitiu a Nara o acesso a uma resposta dissociativa, que a ajudou a afastar-se do intolerável sofrimento e viabilizou gradualmente o contato com suas dores, fortalecendo-a para a elaboração do luto e para a continuidade da vida. Em todos os três casos, foi notório o lugar da TRE como agente de desenvolvimento psicoemocional e de “cura” das participantes. A técnica propiciou, também, a ampliação da consciência corporal, a elaboração de situações dolorosas, e o surgimento de diferentes processos cognitivos, o que permite inferir que houve a construção de novas conexões neurais.

Considerando a TRE como uma prática sustentada na Análise Bioenergética e consequentemente na Psicoterapia Reichiana, percebe-se neste estudo que o tremor, ao reverberar pelo organismo das participantes, movimenta-se pelas couraças energéticas liberando-as e provocando alívio. Muitas participantes relataram mudanças de sensações e percepções em relação aos centuriões propostos por Reich e posteriores variações no estado psicoemocional. Recomenda-se que outros estudos sejam realizados para investigação dos possíveis efeitos psicoterapêuticos da técnica e sua associação com a perspectiva reichiana, bem como com as novas descobertas da neurociência relacionadas às mudanças neurofisiológicas provocadas por estresse e trauma.

Também se evidenciou que a TRE pode ser aplicada, simultaneamente, em várias pessoas e em diferentes contextos, ampliando, assim os benefícios e resultados positivos. A técnica revela-se de simples aplicação, adaptação e prática, como defende Bercei (1). Ela

promove autonomia e autorregulação física e emocional e sua utilização independe de (psico)terapeutas. A TRE proporciona alívio do sofrimento como prática corporal, sem necessidade de verbalização da situação estressora, corroborando os achados e percepções de terapeutas corporais e de neurocientistas como Bercei (1), MacCann (4), Scaer (5), Porges (6) e Van Der Kolk (7).

Recomenda-se que, a exemplo de Brasília, onde a TRE tem sido aceita como Prática Integrativa em Saúde (PIS) na Atenção Básica de Saúde (SUS), esta ferramenta seja inserida, em âmbito nacional, tanto no sistema SUS, quanto no SUAS, por meio do CRAS, (instituição que tem o público feminino como predominante). Espera-se que este estudo contribua para a divulgação da técnica e para seu reconhecimento como prática promotora de saúde em diferentes espaços e contextos, como instituições públicas e privadas, comunidades e grupos terapêuticos. Nesse caminho, recomenda-se que novos estudos e investigações sejam realizados, com diversidade de métodos e recortes.

O presente estudo mostra que a técnica pode ser um excelente recurso no alívio e na autorregulação de pessoas em sofrimento, em especial, neste estudo, de mulheres em situação de vulnerabilidade. Em contrapartida, é preciso considerar a necessidade de ampliação da compreensão do fenômeno, haja vista a abordagem do trauma relacionada à condição feminina, e sua constituição de fatores históricos, sociais e culturais. Foi notório, no caso de Elaine a necessidade de uma rede de apoio que pudesse atendê-la em suas necessidades (extrema vulnerabilidade decorrente do alcoolismo, violência doméstica e ausência de moradia). A TRE, neste caso apontou benefícios para a participante, mas foi insuficiente para mantê-la no grupo e assisti-la em seu complexo processo de adoecimento e reabilitação. Nesse sentido muitas ações e políticas de diferentes ordens serão necessárias para mudar a realidade de milhares de mulheres deste país, adoecidas em consequência do contexto sociocultural a que estão submetidas.

Por fim, cabe afirmar que o processo de construção desta tese significou um desafio em minha vida pessoal e profissional. Ser mulher e articular diversos papéis e responsabilidades existentes em minha vida como psicoterapeuta, professora, estudante, pesquisadora e chefe de família definitivamente gerou, além de um processo de estresse, consciência e identificação

com as mulheres deste estudo. Além disso, ampliou minha percepção sobre a realidade de milhares de mulheres brasileiras que ainda sofrem com a escassez e privações econômica e material. Assim, da mesma forma que as participantes da pesquisa foram atendidas pela TRE, a mesma técnica foi por mim utilizada como auxílio pessoal para autorregulação do meu próprio estado físico e emocional durante a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Berceli D. Exercícios para Libertação do trauma: um revolucionário novo método para recuperação do estresse e trauma. Recife: Libertas; 2008.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras. Brasília: Ipea; 2017.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 36; 2018. [Acesso em: 2019 Sep 14] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero.html>.
4. McCann T. An Evaluation of the Effects a Training Programme in Trauma Release Exercises on Quality of Life. 2011. [Acesso em: 2020 Oct 10]. Disponível em: <https://traumaprevention.com/wp-content/uploads/2013/10/12-Taryn-McCann-FINAL-DISSERTATION-NOVEMBER-2011-5.pdf>.
5. Scaer R. 8 Keys to Brain-Body Balance. W.W. Norton & Norton company. 1ed. New York, NY, 2012.
6. Porges SW. Teoria Polivagal - Fundamentos Neurofisiológicos das Emoções, Apego, Comunicação e Auto-regulação. Rio de Janeiro: Senses Aprendizagem e Comunicação, 2012.
7. Van der Kolk B. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Penguin, 2014.
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Rio de Janeiro: Texto para Discussão; 2018. [Acesso em: 2019 Sep 14]. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf
9. Cavenaghi SE, Alves JED. Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018. 120p. [Acesso em: 2019 Sep 14]. Disponível em: https://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32_1.pdf.
10. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Revista Brasileira de Bioética. 2006;2(2). [Acesso em: 2020 Jul 02]. Disponível em NEVES 2006 Sentidos da vulnerabilidade característica,.pdf ..

11. Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biopsicossocial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015. [Acesso em: 2020 Feb 20] Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf.
12. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). *Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-38.
13. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*. Brasília, 2004.
14. Sposati A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.
15. Torossian SD, Rivero, NE. Políticas públicas e modos de viver. A produção de sentidos sobre a vulnerabilidade. In: Cruz, LR, Guareschi, N. (Orgs.). *Políticas Públicas e Assistência Social*; 2004.
16. Ximenes DA. Vulnerabilidade social. In: Oliveira, DA, Duarte, AMC, Vieira, LMF. *Dicionário: trabalho, profissão e condição docente*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação; 2010.
17. Semzezem P, Alves JDM,. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na Política de Assistência Social. *Serviço Soc em Rev*. 2013;16(1):143.
18. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em: 2019 Jul 14]; 34(3): e00101417. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en. Epub Mar 26, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Acesso em: 14 jul. 2019.
19. Ferreira MP, Dini NP, Ferreira SP. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo: Índice Paulista de Vulnerabilidade Social –IPVS. *São Paulo perspect*

- [Internet]. 2006 [acesso em: 2019 Jul 14];5–17. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_01.pdf.
20. Cançado TCL, Souza RS de, Cardoso CB da S. Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social. Encontro Nac Estud Popul Popul Governança e Bem-estar – ABE. Acesso em: 20 fev. 2018.
21. Moraes NA, Raffaelli M, Koller SH. Adolescentes em situação de vulnerabilidade social e o continuum risco-proteção. Av en Psicol Latinoam [Internet]. 2012 [acesso em: 2020 Set 18];30(1):118–36. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242012000100010&script=sci_abstract&tlng=pt.
23. Pinto RMF, Micheletti FAB de O, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva MLN, et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. Serviço Soc Soc [Internet]. 2011 Mar [acesso em: 2020 Nov 13];105(105):167–79. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
24. Silva I, Chai C. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. Rev Políticas Públicas [Internet]. 2018 Sep 27 [acesso em: 2020 Nov 28]; v. 22(0):987-1005p. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9830>
25. Mariano SA, Carloto CM. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. Soc e Estado [Internet]. 2013 May [acesso em: 2019 Set 14];28(2):393–417. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922013000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
26. Novellino MSF. Os estudos sobre feminização da Pobreza e Políticas Públicas para mulheres. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú – MG, [Internet]. 2004. [acesso em: 2019 Set 14]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1304/1268>.
27. Passos L, Waltenberg F. Bolsa Família e assimetrias de gênero: Reforço ou mitigação? Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2016 [acesso em: 2020 Nov 28];33(3):517–39. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0004>

28. Raiher AP. Condição de pobreza e a vulnerabilidade da mulher brasileira. *Inf GEPEC* [Internet]. 2016 [acesso em: 2019 Ago 19];20(1):116–28. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/view/13531>.
29. Piccolin MM. Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central de santos: a saúde como estratégia de sobrevivência. 2008. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2008.
30. Macedo M dos S. Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza. *Cad CRH* [Internet]. 2008 [acesso em: 2020 Jul 18];21(53):385–99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792008000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 18 julho de 2020.
31. Costa JS, Pinheiro L, Medeiros M, Queiroz C. A face feminina da pobreza: sobre-representação e feminização da pobreza no Brasil. *Inst Pesqui Econômica Apl* [Internet]. 2005 [acesso em: 2019 Jul 12]; Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4726.
32. Macedo M dos S. Mulheres chefes de família e feminização da pobreza: uma contribuição crítica dos estudos feministas e de gênero. In: Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades. [Internet]. 2012. p. 1–19. [Acesso em: 2019 Sep14]. Disponível em: <http://www.aninter.com.br/ANAIS%20I%20CONITER/GT16%20Estudos%20de%20g%88nero,%20feminismo%20e%20sexualidades/MULHERES%20CHEFES%20DE%20FAM%20LIA%20E%20FEMINIZA%20O%20DA%20POBREZA%20UMA%20CONTRIBUI%20O%20CR%20D%20TICA%20DOS%20ESTUDOS%20FEMINISTAS%20E%20DE%20G%20D%20NERO%20-%20Trabalho%20completo.pdf>
33. Castro MG. “Feminização da pobreza” em cenário Neoliberal, I Conferência Estadual da Mulher – Governo do Estado do Rio Grande do Sul, [Internet] 1999. [acesso em: 2019 Jul 12]. Disponível em: <https://revistas.fee.tche.br/index.php/mulheretrabalho/article/view/2671>. Acesso em: 14 jul. 2019

34. Marcondes MM, Cristina LP, Querino AC, Valverde D. Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. *Inst Pesqui Econômica Apl.* 2013;160. Acesso em: 14 set. 2019
35. Moraes, EL. A Política de Promoção da Igualdade de Gênero e a Relação com o Trabalho. In: *Igualdade de Gênero e Raça no Trabalho: avanços e desafios*. Organização Internacional do Trabalho. - Brasília: OIT, 2010; 81-100.
36. Piosiadlo LCM, Fonseca RMGS da, Gessner R. Subordination of gender: reflecting on the vulnerability to domestic violence against women. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em: 2020 Ago 18];18(4):728–33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400728&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
37. Bueno S, Lima RS, Sobral CNI, Pinheiro M, Marques D, Scarance V. *Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil–2ª Edição*. 2019. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Datafolha.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
39. Pitta TC, Rogério C, Oliveira T. *Violência Psíquica Contra a Mulher: a Necessária Atuação Estatal Por Meio De Políticas Públicas* - Doi: 10.12818/P.0304-2340.2012V61P175. *Rev da Fac Direito da Univ Fed Minas Gerais*. 2012;61:175–211.
40. Borburema TLR, Pacheco AP, Nunes AA, Moré CLOO, Krenkel S. *Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários*. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2017 [acesso em: 2019 Jul 14];12(39):1–13.
41. Araújo V, Andrade F. *Ensaio de um Diálogo Interdisciplinar para a Compreensão e o Tratamento Transtorno do Estresse Pós-traumático pela Análise Bioenergética*. *Rev Latino-Americana Psicol Corpor*. 2014;1(2):57–69.

42. Silva AV da. Vulnerabilidade social e suas consequências: o contexto educacional da juventude na região metropolitana de natal. In: 13º Encontro De Ciências Sociais Do Norte Nordeste. 2007. P. 1–15.
43. Vieira Neto O. Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT): etiologia, conceito, prevalência. In Vieira Neto O, Vieira CMS (org.). Transtorno do estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz. São Paulo: Vetor, 2005.
44. Lipp MEN. Stress e o turbilhão da raiva. Campinas: Casa do Psicólogo. 2005.
45. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em: 2019 Jul 14];23(1):118–25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100118&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
46. Garnezy N, Masten A. Chonic Adversities. In: Rutter M, Taylor E, Herson L (orgs.). *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 191-207). Oxford: Blackwell Scientific, 1994. Disponível em: <https://experts.umn.edu/en/organisations/institute-of-child-development>. Acesso em: 14 out. 2019.
47. Boggio LG. El cuerpo em la psicoterapia: nuevas estrategias clinicas para El abordaje de los sintomas contemporâneos. Montevideo: Psicolibros, 2008.
48. Koller SH, de Antoni C. Violência familiar: uma visão ecológica. In: Koller SH, (org). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 293-310.
49. Oliveira GF, Lima AA. A Análise Bioenergética e a proposta das Estruturas do Caráter. *Rev Latino-Americana Psicol Corpor*. 2015;(3):46–54.
50. Silva SMG. Engaging touch & movement in somatic experiencing trauma resolution approach. (2017). [Dissertation]. Portsmouth, International University for Graduate Studies; 2017.
51. Da Gama CAP, Campos RTO, Ana Ferrer L. Saúde mental e vulnerabilidade social:A direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2014 [acesso em: 2018 Fev 20];17(1):69–84. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

52. Bezerra Junior B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Bezerra Junior B, Costa JF, Zorzanelli R (orgs.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamont, 2014.

53. Tonin CF, Muniz Barbosa T. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em: 2020 Nov 28];11(3):50. Disponível em: [//www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281)

54. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde. *Rev Port Saude Publica*. 2010 [acesso em: 2020 Nov 28];28(2):127–31.

55. Werlang R, Mendes JMR. Sofrimento social. *Serviço Soc Soc* [Internet]. 2013 Dec [acesso em: 2020 Nov 28];116(116):743–68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

56. Carvalho J EC de. Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saude soc*. [Internet]. 2008 Sep [acesso em: 2019 Jul 14] ; 17(3): 9-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300003&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300003>.

57. Fonseca, RMS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2005; 39(4):450-9. Disponível em: [FONSENCA 2004 Equidade de Gênero e saúde das mulheres.pdf](#). Acesso em: 14 jul. 2019.

58. Fonseca RMGS da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2005 Dec [acesso em: 2019 Jul 14] ; 39(4): 450-459. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000400012>.

59. Ludermir AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis* [Internet]. 2008 Sep [acesso em: 2020 Nov 28] ; 18(3): 451-467. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>.

60. Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007 Aug [acesso em: 2020 Nov 28] ; 41(4): 591-597. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400013&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400013>.
61. Sandri G. Gênero e saúde mental: uma análise dos sentidos conferidos ao sofrimento psíquico por usuários e psicólogas de um serviço de saúde. [Dissertação]. UFSC: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/79541>.
62. Araújo TM de, Pinho P de S, Almeida MMG de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2005 Sep [acesso em: 2020 Nov 28];5(3):337-348. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>.
63. Organização Mundial de Saúde. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, 2001 p.1-16.
64. World Health Organization. Monitoring health for the SDG (Sustainable Development goals). Genebra: World Health Statistics, 2018.
65. Senicato C, Azevedo RCSde, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Ago [citado 2020 Nov 28] ; 23(8): 2543-2554. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>.
66. Silva DF, Santana PR de S. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2012 Dec 31 [acesso em: 2020 Nov 28];6(4):ág. 175-185. Disponível em: [//www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214)

67. Santos AMCCS. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1177-1182, 2009. Disponível em: SANTOS 2009 Articular saúde mental e relações de gênero.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.
69. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006 [acesso em: 2020 Nov 28]; 33(2): 43-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>.
70. Calais SL, Andrade LMB de, Lipp MEN. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de Stress em adultos jovens. *Psicol Reflexão e Crítica.* [Internet]. 2003 [acesso em: 2020 Nov 28];16(2):257–63.
71. Souza J de, Oliveira JL de, Oliveira JLG de, Almeida LY de Gaino LV, Saint-Arnault DM. Promoção da saúde mental de mulheres: a influência da saúde física e do meio ambiente. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Dez [citado 2020 Nov 28]; 72(3): 184-190. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900184&lng=pt. Epub 13-Dez-2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0415..>
72. Santos L da S, Diniz GRS. Mental health of housewives:A feminist-phenomenological-existential perspective. *Psicol Clin* [Internet]. 2018 [acesso em: 2020 Nov 28];30(1):37–59. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
73. Zanello V, Fiuza G, Costa HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2015 Dec [acesso em: 2020 Nov 28];27(3):238–46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300238&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
74. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Violência contra as mulheres [Internet]. OPAS Brasil. 2017 [acesso em: 2020 Nov 28]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820
75. Vasconcelos NPJ de A, Moreira R da S, Oliveira JFJM de, Ludermir AB. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife.

- Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2020 [acesso em: 2020 Oct 10] ; 23: e200010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100400&lng=en. Epub Mar 09, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200010>.
76. Santos EF. Avaliação da magnitude do transtorno de estresse em vítimas de sequestro [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-24012007-164026/publico/EduardoFerreiraSantosDoutorado.pdf>. Acesso em: 27 junh. 2020.
77. Peres J. Trauma e superação: o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam. 1 ed. São Paulo: Roca, 2009.
78. Berceli D. Exercícios para Liberação do Estresse e das Tensões: Uma técnica inovadora para dissolver as tensões crônicas profundas e restaurar o sentimento interno de paz e calma. Brasília. Centrar: Centro de Terapia e Resiliência, 2006.
79. Berceli D. Evaluating the effects of stress reduction exercises. [Dissertation]. Arizona State University, 2007.
80. Vasconcelo Neto PJA. Tentativa de suicídio, transtorno do estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. [Dissertação]. Recife: Universidade federal de Pernambuco, 2016.
81. Meichenbaum D. Victims of Domestic Violence (Spouse Abuse). In: Meichenbaum D. A clinical Handbook/Practical Therapist Manual: For Assessing and Treating Adults With Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD),. Waterloo, Ontario/Canadá: Institute Press, 1994. p. 77-91.
82. Cassado D da C, Gallo AE, Williams LC de A. Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica : um estudo piloto. Rev Psicol da UNESP. 2003;2(1):99–108.
83. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2009 Oct [acesso em: 2020 Nov 29] ; 31(Suppl2): 49-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>.

84. De Souza FBC, Drezett J, Meirelles ADC, Ramos DG. Psychological aspects of women who suffer sexual violence. Vol. 27, Reproducao e Climaterio. Reproducao e Climaterio; 2012. p. 98–103.
85. Rodrigues HJLF. A relação entre o corpo e a mente nos escritos de Freud, Lacan e Reich: do fenômeno psicossomático à unidade funcional soma-psyché. 2008. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de História das Ciências e das Técnicas; 2008.
86. Reich W. A função do orgasmo. 9 ed. São Paulo: brasiliense, 1975.
87. Reich W. Análise do Caráter. 2 ed. Martins Fontes: São Paulo, 1995.
88. Cukiert M. Uma contribuição a questão do corpo em psicanálise: Freud Reich e Lacan. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2000.
89. Calegari D. Da teoria do corpo ao coração: uma visão do homem a partir da energia cósmica. São Paulo: Summus, 2001.
90. Silva PC. Wilhen Reich: Uma leitura hermeneutica do corpo cogito. [Dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras; 2008.
91. Volpi JH. Explorando os fundamentos básicos da teoria e prática da análise Reichiana (análise do caráter, vegetoterapia e orgonoterapia). In: Encontro paranaense, congresso brasileiro, convenção brasil/latino-américa, XIII, VIII, II; Curitiba: Centro Reichiano, 2008.
92. Boyesen G. Entre psiquê e soma. Introdução à Psicologia Biodinâmica. São Paulo: Summus, 1986
93. Volpi JH. O corpo na (psico)terapia. Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2019. Disponível em: <http://centroreichiano.com.br/artigos-cientificos-em-psicologia/> Acesso em: 09 out. 2019.
94. Pires SD, Eliseu DC. Teoria subjacente ao acumulador de orgônio de wilhelm reich. *Perspect em Psicologia*. 2016;20(1):68–85.
95. Oliveira Júnior WR, Hur DU. A integração corpo/psiquismo e o desenvolvimento do conceito de caráter em Freud, Reich e Lowen. In: Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de (Psico)Terapias Corporais XX, 2015. Curitiba: Centro Reichiano, [Internet] 2015. [acesso em: 2018 Jan 01]. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigoscientificos/>.

96. Weigand O. Grounding na análise bioenergética: uma proposta de atualização. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
97. Lowen A. O corpo em terapia. São Paulo: Summus, 1977.
98. Lowen A. Bioenergética. São Paulo: Summus, 1982.
99. Oliveira Júnior WR. Integração corpo/mente na Análise Bioenergética de Alexander Lowen: a relação entre o adoecimento corporal e as estruturas de caráter. [Dissertação] Goiânia: Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Educação; 2016.
100. Volpi JH, Volpi, SM. Psicologia Corporal: Um breve histórico. Curitiba: Centro Reichiano, 2003. [Internet] 2015. [acesso em: 2018 Sep 10]. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigoscientificos/>.
101. Lowen A, Lowen L. Exercícios de Bioenergética: O caminho para uma saúde vibrante. 8 ed. São Paulo: Ágora.1985
102. Nascimento PD. do. Do trauma encarnado à biopatia: a clínica bioenergética do sofrimento orgânico. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016.
103. Nascimento PD. do Análise bioenergética do sofrimento orgânico: diagnóstico e eficácia do tratamento. [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012.
104. Nascimento PD, Zink L. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma visão bioenergética. Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. [Internet] 2010. [acesso em: 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.bioenergetica.com.br/transtorno-de-estresse-pos-traumatico-uma-visao-bioenergetica/>.
105. Reich, W. A biopatia do câncer. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.
106. Trotta EE. Visão contemporânea da psicossomática reichiana e novos enfoques clínicos. In: VOLPI Volpi JH, Volpi, SM (org.). 13º Congresso Brasileiro De Psicoterapias Corporais. Curitiba: Centro Reichiano, [Internet] 2008; 978-85 [acesso em: 2019 Ago 18]. Disponível em: <https://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais-2008/TROTTA-Ernani-Visao-contemporanea-da-psicossomatica.pdf>
107. Levine PA. O despertar do tigre: curando o trauma. São Paulo: Summus, 1999.
108. Araújo G, Brunkow H, Zoz K, Volpi SM. Da contração à vibração: o trauma sob a ótica da Psicologia Corporal José Henrique; Volpi, SM (org.) 23º Congresso Brasileiro

- (Psico)Terapias Corporais. [Internet] Curitiba: Centro Reichiano, [acesso em: 2019 Ago 26]. 2018. Disponível em: <http://centroreichiano.com.br/anais>.
109. Berceli D. Evaluating the effects of stress reduction exercises employing mild tremors: a pilot study. Tese de mestrado. Phoenix (AZ): Arizona State University. 2009.
110. Amaral MA, Andrade EAR, Angnes GM, Sardeiro ER, Carvalho LBS, Fonseca VMAC, et al. Soluções Inovadoras para a Promoção de Saúde Mental de Adolescentes na Atenção Primária. *Adolesc Saude*. 2018;15(1):66-72
111. Berceli D. Exercícios para Liberação do trauma. Recife: Libertas Editora, 2010.
112. Koch L. The Psoas Book. California: Guinea Pig Publications. 1997.
113. Stepišnik Perdih, T. TRE for athletes. In: Pajek, Maja (ed.), et al. Plenary lectures, invited proceedings, book of abstracts and book of proceedings, 5th International Scientific Conference of Slovenian Gymnastics Federation, Ljubljana, Nova Gorica, Slovenia January 2018 p. 151-159. [acesso em: 2019 Ago 26] Disponível em: <https://traumaprevention.com/research/>.
114. Boadella D. Biosíntesi. 1.ed. Astrolabio, 1987.
115. Scaer R. The Neurophysiology of Dissociation & Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91; 2001. [acesso em: 2020 Set 27]. Disponível em <http://www.trauma-pages.com/a/scaer-2001.php>.
116. Levine PA. Uma voz sem palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar. São Paulo: Summus, 2012.
117. Levine PA. Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past. Berkeley, California: North Atlantic Books, 2015.
118. Lowen A. Prazer: Uma abordagem criativa da vida. 2 ed. São Paulo: Summus, 1984.
119. Edwards L. The Potential Role of Trauma Releasing Exercises (TRE) in the Treatment of Trauma, PTSD and its Co-morbid Conditions including Anxiety, Depression and Somatoform Disorders, 2015. [Acesso em: 18 agosto de 2020] Disponível em: <https://traumaprevention.com/wp-content/uploads/2019/10/Trauma-Releasing-Exercises-TRE-for-PTSD41.pdf>
120. Macedo DS. Exercícios para Liberação da Tensão e do Trauma (TRE): Aplicação a Situações de Violência Conjugal. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

121. Moore M, Brown D, Money, N, Bates, M. Mind Body Skills for Regulating the Autonomic Nervous System. Department of Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury Published June 2011. [Acesso em: 18 Agosto de 2020]. Disponível em <https://traumaprevention.com/research/>.
122. Herold A. Neurogenic tremor through TRE Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Bercei in the treatment of post-traumatic stress disorder PTSD. PCP [Internet]. 2015 [acessado em: 29 Nov 2020];2(1-2):76-4. Disponível em: <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy/article/view/5018>
123. Nibel H. Trauma and Tension Releasing Exercises (TRE) as a new promising offering in promoting occupational health. Proceedings of the Gesellschaft für Arbeitswissenschaft [Society of Occupational Science] Spring Convention; 2015 Feb 25-27; Karlsruhe, Germany. [Acesso em: 18 Agosto de 2020]. Disponível em <https://traumaprevention.com/research/>
124. Salmon M. TRE Case Study: How often is Bi-Polar misdiagnosed? Presentation, Somerset West, Western cape, South Africa, June, 2016. [Acesso em: 18 Agosto de 2020]. Disponível em: <https://traumaprevention.com/research/>.
125. Talvinen H. The effects of TRE-method on stress relief: Research to describe the effects of TRE-method on stress relief among psychiatric healthcare employees. [Thesis] 2017. Kuopio: Savonia University Of Applied Sciences, Finland. [Acesso em: 2020 Aug 18] Disponível em https://traumaprevention.com/wp-content/uploads/2019/07/Talvinen_Henna-Thesis.pdf.
126. Lynning M, Svane C, Nissen M, Gunnersen SR, Skovgaard L. Exploring outcomes of Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE) on people with multiple sclerosis - a pilot study. Multiple Sclerosis Journal. 2019;25(7):1048. 47. <https://doi.org/10.1177/1352458519844447>.
127. Heath R, Beattie J. Case Report of a Former Soldier Using TRE (Tension/Trauma Releasing Exercises) For Post-Traumatic Stress Disorder Self-Care. Journal of Military and Veterans' Health. 2019 Jul 1;27(3):35-40.
128. Thommessen CS, Fougner M. Body awareness in acting – a case study of TRE as a supporting tool for drama students’ personal and professional development. Theatr Danc

- Perform Train [Internet]. 2020 Apr 28;1–19. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19443927.2019.1694971>.
129. Ferrari EA de M, Toyoda MSS, Faleiros L, Cerutti SM. Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais. *Psicol Teor e Pesqui*. 2001;17(2):187–94.
130. MacLean PD. *The triune brain in conflict*. Bethesda (US): Psychother. Psychosom, The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions. Nueva York: Plenum Press, 1990.
131. Van der Kolk BA. The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* [Internet]. 2001;16(1): 49–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hup.270>.
132. Van der Kolk BA. Implicações Clínicas da Pesquisa em Neurociência em TEPT. In: *Anais da Academia de Ciências de Nova York* 1071(1):277-93, agosto 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1196/anais.1364.022>.
133. Ross G. *Do trauma à cura: um guia para você*. 1 ed. São Paulo: Summus, 2014.
134. Júnior DJ. *O modelo do cérebro triúnico em interface com a psicanálise e outras teorias tripartites da mente*. [Trabalho de conclusão de curso], Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Humanidades e Educação; 2018.
135. Hossel MCH. *O lugar do psicólogo nas práticas restaurativas da justiça partir das perspectivas da neurociência*. [Dissertação] Rio de Janeiro: Pontífica Universidade Católica, Departamento de Psicologia; 2013.
136. Porges SW. *The Pocket guide to the polyvagal theory: the transformative power of feeling safe*. W.W. Norton & Company. New York, 2017.
137. Porges SW. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *Int J Psychophysiol* [Internet]. 2001;42(2):123–46. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167876001001623>
138. Gomes A. Neurobiologia do trauma em vítimas de violência interpessoal. *Forensic Nurse Exam*. 2019;(May):0–24.
139. LeDoux JE. Emotion Circuits in the Brain. *Annu Rev Neurosci* [Internet]. 2000 Mar 1;23(1):155–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>.
140. Damásio A. *O Mistério da Consciência: do corpo e das emoções do conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

141. Damasio AR, Grabowski TJ, Bechara A, Damasio H, Ponto LLB, Parvizi J, et al. Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nat Neurosci* [Internet]. 2000;3(10):1049–56. [Acesso em: 2019 Nov 14]. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/79871>.
142. Payne P, Levine PA and Crane-Godreau MA. Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front. Psychol.* [Internet]. 2015. 6:93. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00093
143. Scaer R. The Body in Stress & Trauma. *Integration, Magazine.* [Internet] Nov 2, 2016. [Acessado em 2019 Set 08]. Disponível em: <https://www.thescienceofpsychotherapy.com/the-body-in-stress-trauma/>
144. Levine PA, Frederick A. Curar el trauma: descubriendo nuestra capacidade innata para superar experiências negativas. Urano, 2002. Espanhol.
145. Myers TW. Trilhos anatômicos: meridianos miofasciais para terapeutas manuais e do movimento. Rio de Janeiro: Manole, 2003.
145. Miranda JL, Santos EHS. Tratamento empregado aos profissionais de saúde através da técnica de TRE. Brasília: ICESP; 2013.
146. Sullivan MB, Erb M, Schmalzl L, Moonaz S, Noggle Taylor J, Porges SW. Yoga Therapy and Polyvagal Theory: The Convergence of Traditional Wisdom and Contemporary Neuroscience for Self-Regulation and Resilience [Internet]. Vol. 12, *Frontiers in Human Neuroscience.* 2018. p. 67. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2018.00067>.
147. Bolívar A. “¿De nobis ipsis silemus?”: Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación *Revista electrónica de investigación educativa*; 4(1), 01-26. p. 1–26. 2002.
148. González Rey F. *Epistemologia cualitativa e subjetividade.* São Paulo. Educ, 1997.
149. González Rey F. *La Investigación cualitativa em Psicología: rumbos y desafios.* São Paulo: EDUC, 1999.
150. González Rey F. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação.* São Paulo. Pioneira Thomsom Learning, 2005.

151. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9 Ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2014.
152. Ludke M, André M. Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
153. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
154. Minayo MCS (org). Pesquisa Social: teoria método e criatividade. 21^a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
155. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.
156. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005 June [cited 2020 Nov 29];39(3):507-514. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.
157. Chizzoti A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 1998.
158. Spink, M. J. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.
159. Alves-Mazzotti AJ, Gewandszajder F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 edição, São Paulo: Pioneira e Thomson; 2002.
160. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
161. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 1 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
162. Bastos LC, Biar L de A. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. Delta: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada. Scielo;31(1). p. 97–126; 2015.
163. Falkembach EMF. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: Contexto e educação. Ijuí; 2(7):p. 19-24. [Acesso em: 2019 Oct 16]. Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/silvana.marinho/disciplina-instrumentos-e-tecnicas-de-intervencao/unid-2-instrumentos-de-conhecimento-intervencao-e-registro/texto-7->

- falkembach-elza-maria-fonseca-diario-de-campo-um-instrumento-de-reflexao-in-contexto-e-educacao-no-7-jui-inijui-1987/at_download/file.
164. Freitas M, Pereira ER. The field diary and its possibilities. *Quad Psicol.* 2018;20(3):235–44. [Acesso em: 2019 Nov 02]. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1461>.
165. Moutinho K, Conti L de. Análise Narrativa, Construção de Sentidos e Identidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2); 2016. [Acesso em: 16 out. 2020]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e322213>.
166. Nunes LS, de Paula L, Bertolassi T, Neto AF. A análise da narrativa como instrumento para pesquisas qualitativas. *Rev Ciências Exatas* [Internet]. 2017;23(1):09–17. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/exatas/article/view/2547>.
167. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
168. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
169. Schossler AB, Carlos SA. Por uma visualização do processo grupal. *Psico* [Internet]. 18º de dezembro de 2006 [citado 29º de novembro de 2020];37(2). Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1430>.
170. Pichon-Rivière E. Teoria do vínculo. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995
171. Bastos, ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicologo informacao*, 2010. [citado 29º de novembro de 2020]; 14(14),160-169. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&tlng=pt.
172. Gama MER, Rego RA. Grupos de movimento: consciência e expressão de si através do corpo. In: Rego RA(Org.), *Cadernos Reichianos 1*. 2 ed. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae. 1994.
173. Bromberg MHPF. A função terapêutica do trabalho corporal: o ponto de vista psicológico. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Psicologia Clínica; 1986.
173. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2007 [citado em

- 2020 Nov 29];11(1):52-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100007>.
174. Salmon, M. Pilot TRE Research program with Chrysalis Academy Students, Cape Town, South África. 2012. Disponível em: <https://traumaprevention.com/research/>
175. Vieira B. Mulheres negras no mercado de trabalho brasileiro: um balanço das políticas públicas. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress; Florianópolis; 2017.
176. Vilar CC. A luta pela sobrevivência: o desafio de ser mulher negra no Brasil. 26 Jan 2018. [Acesso em: 2020 Dez 01]. In: Revista Movimento [Internet]. Disponível em: <https://movimentorevista.com.br/2018/01/o-desafio-de-ser-mulher-negra-no-brasil-racismo-feminismo-escravidao/>
177. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030. Relatório Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento sustentável. [Internet]. 2018. [Acesso em: 2018 Aug 20]. Disponível em: http://actionaid.org.br/wp-content/files_mf/1499785232Relatorio_sintese_v2_23jun.pdf.
178. Torlai VC. A vivência do luto em situações de desastres naturais [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.
179. Gregio C. Antes e depois do trauma: vivência traumática e o mundo presumido [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
180. Alves PP, Lima RS de, Silva ERA da, Ferreira H, Pimentel A, Barros B, et al. Atlas da violência 2020. 2020.
181. Lane S. Processo Grupal. In: Lane S. et al. Psicologia Social: o homem em movimento (pp. 78-98). São Paulo: Brasiliense; 1985.

APÊNDICES

Apêndice A - Tópicos Entrevista – História de Vida

1) Dados gerais do entrevistado (a);

- Nome;
- Idade;
- Escolaridade;
- Ocupação;
- Estado civil;
- Filhos;
- Se possui irmãos;
- Pessoas que residem na casa;
- Renda familiar;
- Se possui bolsa família;
- Situação de moradia;
- Pessoas que trabalham na casa;
- Se possui idoso na casa;
- Alguma pessoa com deficiência.

2) Resgate da história de vida

- Momentos marcantes na infância (alegres, tristes, superação, separação, perdas mudanças etc.);
- Momentos marcantes da adolescência (alegres, tristes, superação, separação, perdas, mudanças etc.);
- Situações marcantes fase adulta (alegres, tristes, superação, separação, perdas mudanças etc.);
- Condições de vida atual,

3) Participação no grupo de terapia corporal (percepções, motivação, disponibilidade, expectativas, necessidades etc.)

Apêndice B - Protocolo Completar Frases

- 1- Sou.....
- 2- Ultimamente tenho me sentido.....
- 3- Minha vida
- 4- Em minha vida mudaria.....
- 5- Meu bairro
- 6- Minha rua
- 7- Meus vizinhos.....
- 8- O CRAS.....
- 9- Minha casa.....
- 10- Meu trabalho.....
- 11- O desemprego.....
- 12- O dinheiro.....
- 13- Minha família.....
- 14- Meu pai.....
- 15- Minha mãe.....
- 16- Meu(s) irmão(os)
- 17- Meus filhos.....
- 18- Meu marido ou minha esposa.....
- 19- Meu trabalho
- 20- Minha infância
- 21- Meu passado.....
- 22- Me lembro com alegria
- 23- Me lembro com tristeza.....
- 24- Gostaria de esquecer.....
- 25- Me lembro com saudade.....
- 26- Me sinto ansioso.....
- 27- Sofro quando.....

- 28- Gostaria.....
- 29- A violência.....
- 30- Sinto alegria.....
- 31- Sinto medo.....
- 32- Sinto angústia.....
- 33- Se eu pudesse reagir, eu.....
- 34- Quanto sinto raiva.....
- 35- Se eu pudesse.....
- 36- Sinto culpa.....
- 37- Sinto dor.....
- 38- Espero... ..
- 39- Meu corpo.....
- 40- O tremor.....
- 41- Antes dos exercícios.....
- 42- Depois dos exercícios
- 43- Gosto em mim.....
- 44- Não gosto em mim.....
- 45- Em mim mudaria.....
- 46- O estresse.....
- 47- Sinto-me ansioso(a)
- 48- Meu humor.....
- 49- Minha saúde.....
- 50- Quando perco o controle, eu
- 51- Meu sono.....
- 52- Ao acordar eu
- 53- À noite.....
- 54- Eu relaxo quando
- 55- Sinto prazer.....
- 56- A pior coisa que poderia me acontecer.....
- 57- Atualmente confio.....

58- Nosso país.....

59- Espero um dia.....

60- O futuro

Apêndice C - Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Adulto

A Terapia Corporal (TRE - *Tension & Trauma Releasing Exercises*) como estratégia na elaboração de experiências estressoras e traumáticas em pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social

Pesquisadoras: Simone Fraga Mota; Adriana Lia Frizman de Laplane

Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP – Doutorado em Saúde Interdisciplinaridade e Reabilitação

Número do CAAE: 89410518.8.0000.5404

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar os direitos e deveres dele (a) como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir. Se não houver interesse ou se quiser retirar sua autorização a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Queremos saber como os exercícios corporais chamados de TRE (*Tension & Trauma Releasing Exercises*) podem colaborar com as pessoas que estão em situação de estresse e também analisar o papel desta técnica em pessoas nessas condições, bem como identificar as mudanças emocionais percebidas nos participantes com a prática dos exercícios. A pesquisa justifica-se pela necessidade de contribuir com recursos que promovam a redução de estresse da população em situação de vulnerabilidade social, e contribua com a qualidade de vida dos mesmos. Relembrando que sua participação não é obrigatória e você poderá solicitar sua saída a qualquer momento sem acarretar prejuízos ou constrangimentos.

Procedimentos:

Aceitando participar da pesquisa você será convidado(a) a frequentar uma vez por semana um grupo de terapia corporal no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), onde irá praticar a técnica TRE (*Técnica de Liberação de Estresse*) com o auxílio e orientação de uma terapeuta, no caso a pesquisadora. Essa atividade corporal denominada TRE (Técnica de Redução de Estresse) consiste em uma série de sete exercícios onde você

irá movimentar partes do corpo como pés, pernas, quadril, braços, costas, ombros, cabeça, por meio de gestos como descer e levantar os pés, pernas e braços, arquear costas, abaixar a cabeça e levantar o quadril. Você irá praticar os exercícios sempre respeitando os limites do seu corpo para que não sofra dores e incômodos desnecessários. Caso você perceba qualquer dor em partes do seu corpo, você poderá interromper imediatamente a prática do exercício e se desejar a sua participação no grupo. Os exercícios poderão provocar tremores em seu corpo e te ajudar no alívio das tensões e estresse. Caso você queira e se sinta seguro, poderá contar para o grupo sobre o que percebeu no seu corpo durante os exercícios ou como você está se sentindo no momento, ou sobre qualquer outra informação que você achar importante compartilhar. Você não é obrigado a dizer alguma coisa e isso não irá prejudicar sua participação no grupo ou nas atividades que você frequenta do CRAS.

Além dos exercícios você também será convidado (a) a responder as perguntas de uma entrevista e realizar uma atividade denominada “completar frases” na qual você continuará a completar algumas frases conforme julgar mais apropriado e de acordo com suas experiências. O horário do grupo de terapia corporal, da entrevista e aplicação do completar frases será pré-agendado com você e sem prejuízo de suas atividades. O grupo de terapia corporal ocorrerá em dezesseis encontros semanais, e terá a duração de uma hora e trinta minutos; já o tempo gasto para realização da entrevista e completar frases será de aproximadamente uma hora. As informações verbais poderão ser gravadas e os dados provenientes de sua participação, tais como relato da experiência após a prática dos exercícios e entrevistas, ficarão sob a guarda das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa e serão destruídas após sua finalização.

Desconfortos e riscos:

Este estudo não tem por objetivo gerar riscos para sua saúde física e/ou psicológica. Ainda assim, é importante saber que você poderá sentir-se desconfortável ou constrangido (a), cansado (a) ou aborrecido (a) com a participação no grupo ou ao responder as perguntas da entrevista ou do completar frases, e poderá surgir em algum momento lembranças e memórias que provoquem sentimentos como tristeza, raiva, angústia ou medo. É importante também você saber que, com a prática dos exercícios do TRE, você poderá sentir algum desconforto muscular ou alguma sensação desagradável. Portanto, se você não se sentir confortável com alguma pergunta da entrevista, do completar frases ou durante a troca de experiência no grupo, você não precisará responder, sem nenhum prejuízo ou constrangimento, e se quiser interromper a prática dos exercícios poderá fazê-lo tranquilamente. Lembramos ainda que sua participação é voluntária e a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento, ou seja, você poderá deixar de responder as perguntas da entrevista (ou responder em outro momento) e de participar das atividades em grupos. Caso você decida por deixar de participar da pesquisa, sinta-se à vontade para fazê-lo a qualquer momento, o que não prejudicará em nada sua participação em outras atividades do CRAS ou em qualquer atendimento que precisar realizar.

Também pode ser que se sinta inseguro(a) quanto ao anonimato da pesquisa, ou seja, com medo de que informemos algum dado sobre ele/a. Como forma de minimizar os riscos, asseguramos que as respostas serão

confidenciais; você não será identificado(a) pelo nome para que sejam mantidos o anonimato e a privacidade ao participar da pesquisa.

Acompanhamento e Assistência:

Se você necessitar de acompanhamento físico e/ou psicológico, devido a sua participação na pesquisa, e em caso de desconforto ou incômodo decorrente da prática dos exercícios ou em qualquer momento após a atividade, seja no período que estiver no grupo ou em outros locais, você será encaminhado para a equipe de profissionais do CRAS e/ou para Unidade Básica de Saúde mais próxima. Eu irei acompanhá-lo para auxiliá-lo no que for necessário para que seu atendimento seja realizado de forma segura e gratuita.

Benefícios:

Essa pesquisa pode oferecer benefícios diretos para você, como relaxamento corporal e/ou alívio das tensões e estresse, o que poderá colaborar com sua situação de vida. Entre os benefícios indiretos (coletivos) está a reflexão sobre o tema abordado, avaliação da técnica TRE, contribuição com a literatura já existente, reflexão sobre novos temas a serem estudados nesta área, além do retorno ao final da pesquisa com os resultados encontrados. Uma cópia do artigo final será disponibilizada para todos os participantes da pesquisa.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, o seu nome nunca será citado.

Ressarcimento:

A prática do grupo de terapia corporal e a coleta de informações (entrevista e completar frases) serão realizados em dias e horários pré-definidos com o(a) participante. Você não terá nenhuma despesa advinda da participação na pesquisa e todo o material utilizado será fornecido pelas pesquisadoras (completar frases, via do TCLE, canetas, colchonetes, etc.). Os exercícios do TRE serão praticados em um espaço seguro e protegido no CRAS, próximo a sua residência, mas caso você necessite de transporte para chegar ao local, informamos que a despesa referente ao traslado será ressarcida, quando solicitada. Ao final da pesquisa informaremos os resultados da pesquisa. Caso o (a) participante venha a sofrer qualquer tipo de dano, resultante da participação nesta pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá direito a indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas.

Contato:

O participante da pesquisa poderá a qualquer momento solicitar esclarecimentos sobre a mesma e tirar dúvidas referentes aos procedimentos do estudo, entrando em contato com as pesquisadoras. Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá procurar por: Simone Fraga Mota, psicóloga/professora, endereço: Rua SA12 Qd. 14 Lt 17, Residencial Água Santa, Rio Verde/Goiás, CEP 75909526, telefone (64) 99905-5999/e-mail: simoemota@unirv.edu.br - sem restrições de horários para contato. Profª Drª Adriana Lia Friszman de Laplane, telefone (19) 99602-6563/email adrifri@fcm.unicamp.br, horários para contato: 2ª a 6ª feira das 08h às 17h30. Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz” - Campinas/SP - CEP: 13084-971 – CEPRE.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br. O horário de atendimento do CEP é de segunda à sexta-feira, de 08h30s às 11h30 -13h às 17h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um lugar que tem por objetivo avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, por isso colocamos aqui o endereço e o horário. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) também é outro lugar que você poderá procurar, caso precise, pois tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas e coordena todos os Comitês de Ética em Pesquisa. O contato com eles pode ser feito da seguinte forma: no endereço SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte, CEP: 70719-000, Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877/5878. E-mail: conep@saude.gov.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Autorização para Gravação:

As entrevistas serão gravadas e as conversas após a práticas dos exercícios também poderão ser gravadas de acordo com a necessidade do pesquisador. Você autoriza que sua entrevista e as conversas em grupo sejam gravadas e utilizadas para pesquisa?

SIM () NAO ()

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguo ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

Anexo I - Exercícios Básicos TRE (Técnica de Redução de Estresse e Trauma)

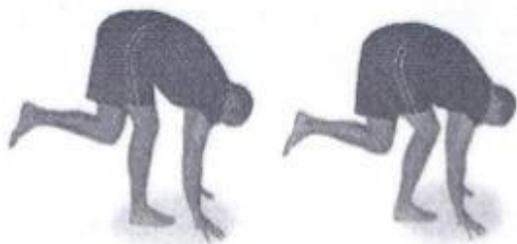
Obs.: podem sofrer variação de acordo com as condições da pessoa (limitações e necessidades).



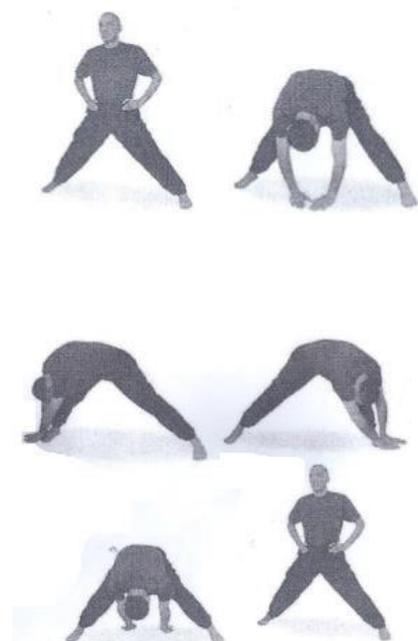
Exercício I – O peso do corpo deve ser transferido de um lado para o outro nas bordas dos pés, provocando o alongamento das laterais dos tornozelos. A respiração deve ser longa e profunda, a cada lado, por cinco vezes.



Exercício II – Ponha um pé sobre o acento de uma cadeira e faça movimentos de subir e descer o calcanhar sustentando o peso na ponta do pé de apoio. Repita lentamente de 10 a 15 vezes. Faça com o outro pé. Esse exercício pode provocar tensão nos músculos da perna. Chacoalhe a perna para relaxar os músculos.



Exercício III – Coloque as mãos no chão para manter o equilíbrio e levante uma das pernas. Lentamente, flexione e estire o joelho da perna de apoio em um movimento de sobe e desce. O apoio das mãos no chão serve apenas para manter o equilíbrio. Você pode também apoiar uma mão na parede e fazer o movimento de sobe e desce dos joelhos, sem retirar o pé do chão.



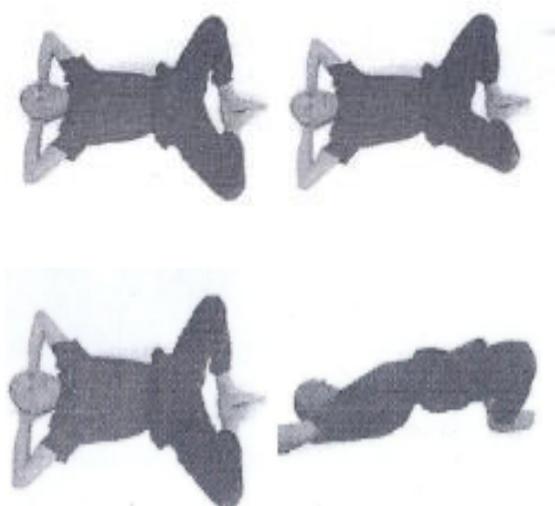
Exercício IV – Em pé, pés paralelos e pernas afastadas, de forma a alongar os músculos externos das coxas (adutores), flexione o corpo para frente até tocar o chão. Sinta o alongamento na parte interna e posterior das coxas. Lentamente mova as mãos em direção ao pé direito, sustente a posição e respire longa e profundamente de 3 a 4 vezes. Sem levantar-se, mova as mãos lentamente até o pé esquerdo, sustente a posição e respire longa e profundamente de 3 a 4 vezes. Sem levantar o corpo, posicione as mãos no centro, entre os pés, e caminhe com as mãos para trás, por entre as pernas, até seu limite. Mantenha essa posição por 3 a 4 respirações profundas. Você poderá sentir um leve tremor nas pernas. Para completar o exercício, desenrole lentamente a coluna até retornar à posição inicial em pé.



Exercício V – Apoie as mãos na região lombar. Empurre levemente a pélvis para frente criando um leve arco com as costas. Você sentirá um alongamento na parte frontal das coxas. Os joelhos devem estar levemente flexionados. Respire profundamente de 3 a 4 vezes nessa posição. Faça uma torção a partir do quadril, olhando para trás e sustente essa nova posição respirando profundamente de 3 a 4 vezes. Repita o mesmo procedimento para o lado oposto. Retorne lentamente ao centro e sustente por mais 3 ou 4 respirações profundas.



Exercício VI – Apoie as costas numa parede como se estivesse sentado em uma cadeira imaginária. Os pés devem estar paralelos. Essa posição trabalha os músculos das coxas (quadríceps). Após alguns minutos, você pode ter sensações e pequenos tremores nesses músculos. Nessa posição, você conseguirá autorregular-se, podendo descer ou abaixar na parede de modo a estimular os músculos da perna sem sentir dor. Depois de alguns minutos nessa posição, saia da parede e curve seu corpo para frente. É provável que aconteça tremores. Permaneça nessa nova posição por 3 ou 4 minutos e levante lentamente, desenrolando a coluna.



Exercício VII – Deitado no chão, apoie as solas dos pés e afaste os joelhos relaxando as pernas por alguns minutos. Nessa posição, suspenda sua pélvis tirando totalmente o quadril do chão. Sustente essa nova posição por 1 ou 2 minutos. Talvez você comece a sentir a pélvis balançar. Volte a apoiar a pélvis no chão e relaxe os joelhos mantendo as solas dos pés apoiadas uma a outra. Comece a aproximar lentamente os joelhos, apenas 2 centímetros e sustente por alguns instantes. É possível que você sinta pequenos tremores na musculatura interna das coxas. Relaxe e permita que isso aconteça, continue a aproximar os joelhos e permita que os tremores continuem. É possível que os tremores aumentem a intensidade, desçam para as pernas ou subam para a pélvis. Você pode permitir que isso aconteça ou não. Se estiver desagradável, você pode interromper. Para encerrar o exercício, simplesmente deslize os pés pelo chão esticando as pernas. Relaxe deitado por uns 3 minutos e depois se sente lentamente.

Anexo II – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "A Terapia Corporal (TRE - Tension & Trauma Releasing Exercises) como estratégia na elaboração de experiências estressoras e traumáticas em pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social"

Pesquisador: Simone Fraga Mota

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89410518.8.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.768.694

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa intitulada "A Terapia Corporal (TRE - Tension & Trauma Releasing Exercises) como estratégia na elaboração de experiências estressoras e traumáticas em pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social" tem por finalidade compreender como é elaborado o estresse e traumas em pessoas que vivem em condições consideradas vulneráveis socialmente, de acordo com o SUAS (Sistema Único de Assistencial Social) por meio de uma técnica conhecida no Brasil como Técnica de Redução de Estresse e trauma (TRE), além de objetivar analisar o papel desta técnica no processo de elaboração do estresse e trauma e identificar as mudanças psicoemocionais percebidas nos participantes com a utilização deste procedimento. Para realização desta pesquisa utilizar-se-a como técnica principal de intervenção o TRE e como instrumento de coleta de dados a entrevista livre com resgate de história de vida, a observação participante, bem como a roda de discussão, um instrumento denominado "completar frases" e a gravação do som da voz dos participantes. Será uma pesquisa de campo de cunho exploratória apoiada essencialmente na epistemologia qualitativa. Inicialmente o projeto foi apresentado a Gestora da Secretaria da Assistência Social e da Assistência Básica e Especializada de Rio Verde/Goiás, onde as mesmas apresentaram interesse pela realização da pesquisa nas instituições dos CRAS. Em seguida o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Unicamp para aprovação. Somente após a aceitação do Comitê de Ética buscar-

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

se-á a captação das participantes por meio da indicação da equipe do CRAS. As pessoas encaminhadas deverão estar em situação de vulnerabilidade social de acordo com os indicadores do SUAS (condições de moradia, violência, dependência química, desemprego, renda familiar, situação de trabalho entre outros) e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. A pessoa será convidada a participar da pesquisa e do grupo de TRE, e após o consentimento e a assinatura do TALE e TCLE (elaborados em consonância com a Resolução CNS nº 510 de 2016) iniciar-se-á as entrevistas individuais com a finalidade de conhecer a história de vida e as situações vivenciadas como traumáticas e/ou estressoras destes participantes. Serão conduzidos dois grupos de terapia corporal nos dois CRAS existentes em Rio Verde, denominados de CRAS Unidade Dom Miguel e CRAS Unidade Santa Cruz, com quinze pessoas em cada grupo. A condução e aplicação da técnica (TRE) será contemplada em 16 (dezesesseis) encontros, adequando ao processo grupal de terapia breve (Píchon-Riviere, 1983, Ponciano 1999), com a previsão para serem conduzidos entre os meses de agosto a outubro de 2018 com duração média de uma hora e meia, sendo esse tempo distribuído na realização dos exercícios corporais e na escuta da experiência dos participantes. Este grupo será conduzido pela pesquisadora, terapeuta corporal especializada pela Associação Brasileira do Trauma (ABT) a aplicar o TRE. No primeiro encontro com os integrantes objetivar-se-á o acolhimento dos mesmos, a efetivação do contrato grupal entre os participantes e a condutora, e as orientações sobre a técnica e o processo de realização. Nos encontros posteriores será conduzida a prática do TRE, e coletadas ao término de cada sessão, por meio da escuta terapêutica e das rodas de discussões as informações pertinentes ao processo vivenciado. Ao término do grupo de atividade corporal, em outubro de 2018, os participantes serão novamente entrevistados (entrevista individual) e convidados a responderem o instrumento "completar frases" objetivando coletar as informações e comparar com os dados iniciais para compreender o processo de elaboração da técnica. Para análise das informações coletadas recorrer-se-á à análise de conteúdo de Bardin (1977).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de elaboração de experiências estressoras e traumáticas em pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social utilizando a terapia corporal TRE (Tension & Trauma Releasing Exercises).

Objetivo Secundário:

1. Analisar o papel da técnica no processo de elaboração do estresse e trauma em pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

2. Identificar as mudanças psicoemocionais percebidas nos participantes com a utilização da técnica corporal TRE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo não tem por objetivo gerar riscos para saúde física e/ou psicológica do participante, no entanto o mesmo poderá sentir desconforto muscular em consequência da prática dos exercícios de TRE e também poderá sentir constrangimento, aborrecimento, ou outras emoções durante a realização das outras atividades como entrevista, atividade de "completar frases" ou no compartilhamento de suas experiências em grupo.

Benefícios: Essa pesquisa poderá oferecer benefícios diretos para o participante, como relaxamento corporal e/ou alívio das tensões e estresse, o que poderá colaborar com a qualidade de vida do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo que poderá colaborar com a melhora da qualidade de vida dos participantes bem como seu auto conhecimento corporal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, projeto, informações básicas, TALE e TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências e inadequações emitidas no parecer CEP nº2.725.971:

1-Projeto detalhado e Informações Básicas do Projeto.

1.1-Esclarecer se os exercícios fazem parte da rotina do CRAS ou se serão realizados apenas para o projeto.

Resposta: Foi acrescentado no projeto: "Os exercícios do TRE foram introduzidos nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) desde o primeiro semestre de 2018 como parte integrante de um projeto denominado "Cuidando de quem Cuida" desenvolvido pela Secretaria da Promoção Social do Município de Rio Verde, objetivando por meio de diversas atividades terapêuticas reduzir o nível de estresse dos funcionários da secretaria e dos CRAS. A pesquisadora/terapeuta foi convidada a conduzir oficinas de redução de estresse utilizando a TRE, e a partir destas intervenções surgiu a ideia de aplicar a técnica na comunidade em situação de vulnerabilidade social e conseqüentemente foi associado este trabalho ao estudo do doutorado. "

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

Análise: Pendência Atendida

1.2-Esclarecer o que será abordado nas rodas de discussões e se elas serão gravadas. Serão somente as informações relacionadas aos exercícios ou serão abordadas as informações sobre o stress e/ou trauma de cada participante?

Resposta: Foi acrescentada no item Procedimento a seguinte informação: " Nas rodas de discussões os participantes se desejarem poderão relatar sobre as situações vivenciadas durante a prática dos exercícios, bem como sobre as mudanças percebidas no corpo, como sensações agradáveis ou desagradáveis, emoções, sentimentos, memórias, lembranças e/ou percepções sobre sua vida e sobre os eventos considerados como estressantes ou traumáticos. Estes relatos dos participantes poderão ser gravados para posterior análise pelo pesquisador e de acordo com a necessidade da investigação. "

Análise: Pendência Atendida

2-Nos TCLEs e TALE:

2.1- Os termos devem ser redigido em linguagem acessível ao participante da pesquisa. Compatível com o suposto nível de instrução do participante. Portanto, solicitamos que a palavra "instrumentos" seja substituída por outra acessível ao participante da pesquisa.

Resposta: As adequações foram realizadas.

Análise: Pendência Atendida

2.2- No item procedimentos dos TCLEs/TALE, descrever resumidamente o que consiste os exercícios que serão propostos.

Resposta: Foram inseridas as seguintes informações: " Esta atividade corporal denominada TRE (Técnica de Redução de Estresse) consiste em uma série de sete exercícios onde você irá movimentar partes do corpo como pés, pernas, quadril, braços, costas, ombros, cabeça, por meio de gestos como descer e levantar os pés, pernas e braços, arquear costas, abaixar a cabeça e levantar o quadril. Você irá praticar os exercícios sempre respeitando os limites do seu corpo para que não sofra dores e incômodos desnecessários. Caso você perceba qualquer dor em partes do seu corpo você poderá interromper imediatamente a prática do exercício e se desejar a sua participação no grupo. Os exercícios poderão provocar tremores em seu corpo e te ajudar no alívio das tensões e estresse. Caso você queira e se sinta seguro poderá contar para o grupo sobre o que percebeu no seu corpo durante os exercícios ou como você está se sentindo no momento, ou

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

sobre qualquer outra informação que você achar importante compartilhar. Você não é obrigado a dizer alguma coisa e isso não irá prejudicar sua participação no grupo ou nas atividades que você frequenta no CRAS.”

Análise: Pendência Atendida

2.3- Lembramos que, se o termo tiver mais de uma página, o participante de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS; resolução 466/2012 CNS/MS, artigo IV.5 letra d).

Resposta: Segundo informações da pesquisadora responsável contempladas na carta resposta anexada: “Agradeço a observação e a solicitação será atendida no momento da assinatura dos termos pelo pesquisador e participante ou representante legal pelo menor.”

Análise: Pendência Atendida

2.4- De forma a garantir a integridade dos termos, os documentos devem apresentar a numeração das páginas. Solicita-se inserir a numeração das páginas, de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2; 2 de 2. Solicita-se adequação.

Resposta: As adequações foram realizadas.

Análise: Pendência Atendida

2.5- Inserir o item acompanhamento e assistência: em que deve constar para onde os participantes serão conduzidos caso se sintam mal ou se observe algum comprometimento físico/psicológico significativo. Bem como quem irá acompanhar o participante. O pesquisador deverá informar a garantia de assistência integral, imediata e gratuita, sem ônus de qualquer espécie para o participante de pesquisa, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes direta ou indiretamente da participação no estudo.

Resposta: As novas versões do TCLE e TALE anexadas contemplam as seguintes informações: “Se você necessitar de acompanhamento físico e/ou psicológico, devido a sua participação na pesquisa, e em caso de desconforto ou incômodo decorrente da prática dos exercícios ou em qualquer momento após a atividade, seja no período que estiver no grupo ou em outros locais, você será encaminhado para a equipe de profissionais do CRAS e/ou para Unidade Básica de Saúde mais próxima. Eu irei acompanhá-lo e auxiliá-lo no que for necessário para que seu atendimento seja realizado de forma segura e gratuita”.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

Análise: Pendência Atendida

2.6-Existe a possibilidade da entrevista ser gravada ou não?Se sim, a pesquisadora deverá inserir as opções para que o participante da pesquisa/Responsável legal autorize ou não as gravações. Caso contrário, o pesquisador deverá informar claramente que as entrevistas serão gravadas.

Resposta: As novas versões do TCLE e TALE contemplam as seguintes informações: "Também fui informado (a) que as entrevistas serão gravadas e as conversas após a prática dos exercícios também poderão ser gravadas. Com essa informação eu decido AUTORIZAR () NAO AUTORIZAR () que minhas entrevistas e conversas em grupo sejam gravadas pela pesquisadora e utilizadas para a pesquisa."

Análise: Pendência Atendida.

2.7- Não ficou claro no item procedimentos o que consiste a informação: "e se você desejar, poderá relatar sua experiência ao grupo.". Sobre o que consiste este relato sobre a experiência? O trauma será abordado com o grupo?

Resposta: As novas versões do TCLE e TALE contemplam as seguintes informações: "caso você queira e se sinta seguro poderá contar para o grupo sobre o que percebeu no seu corpo durante os exercícios ou como você está se sentindo no momento, ou sobre qualquer outra informação que você achar importante compartilhar. Você não é obrigado a dizer alguma coisa e isso não irá prejudicar sua participação no grupo ou nas atividades que você frequenta no CRAS. "

Análise: Pendência Atendida.

2.8-A pesquisadora informa que a pesquisa não tem por objetivo gerar riscos para a saúde física e/ou psicológica do participante, mas sabemos que algumas perguntas podem trazer à tona sentimentos e emoções intensas, e o participante poderá lembrar-se de vivências que possuem carga emocional forte, como por exemplo, tristeza, angustia, raiva, choro e constrangimento, entre outros. Solicitamos que o pesquisador informe claramente este risco ao participante, assim como, a possibilidade da entrevista ser interrompida e finalizada em uma ocasião posterior, ou mesmo a possibilidade do participante se desligar da pesquisa e informar que neste caso, nada será alterado em relação ao atendimento do participante junto ao CRAS.

Resposta: O item "Riscos e desconfortos" foram substituídos por: "Este estudo não tem por objetivo gerar riscos para sua saúde física e/ou psicológica. Ainda assim, é importante saber que

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

você poderá sentir-se desconfortável ou constrangido (a), cansado (a) ou aborrecido (a) com a participação no grupo ou ao responder as perguntas da entrevista ou do completar frases, e poderá surgir em algum momento lembranças e memórias que provoquem sentimentos como tristeza, raiva, angústia ou medo. É importante também você saber que com a prática dos exercícios do TRE, você poderá sentir algum desconforto muscular ou alguma sensação desagradável. Portanto se você não se sentir confortável com alguma pergunta da entrevista, do completar frases ou durante a troca de experiência no grupo, você não precisará responder, sem nenhum prejuízo ou constrangimento, e se quiser interromper a prática dos exercícios poderá fazê-lo tranquilamente. Lembramos ainda que sua participação é voluntária e a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento, ou seja, você poderá deixar de responder as perguntas da entrevista (ou responder em outro momento) e de participar das atividades em grupos. Caso você decida por deixar de participar da pesquisa, sinta-se à vontade para fazê-lo a qualquer momento, o que não prejudicará em nada sua participação em outras atividades do CRAS ou em qualquer atendimento que precisar realizar.

Também pode ser que se sinta inseguro (a) quanto ao anonimato da pesquisa, ou seja, com medo de que informemos algum dado sobre ele/a. Como forma de minimizar os riscos, asseguramos que as respostas serão confidenciais; você não será identificado (a) pelo nome para que sejam mantidos o anonimato e a privacidade ao participar da pesquisa."

Análise: Pendência Atendida.

2.9- O TCLE do responsável pelo menor deverá ser direcionado para o Responsável legal, pois não são todos os casos que os pais são os responsáveis legais pelos menores participantes da pesquisa.

Resposta: A nova versão do TCLE foi direcionada ao responsável legal pelo menor participante da pesquisa.

Análise: Pendência Atendida.

2.10- O TCLE do responsável pelo menor deverá assegurar também o ressarcimento do acompanhante do menor participante da pesquisa.

Resposta: A nova versão do TCLE contempla as seguintes informações: "Os exercícios do TRE serão praticados em um espaço seguro e protegido no CRAS, próximo a sua residência, mas caso você e o menor sob sua responsabilidade necessitem de transporte para chegar ao local, informamos que as despesas referentes a vinda de vocês serão pagas pelo pesquisadora, quando solicitadas. Se

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

“você não puder trazer o menor e ele precisar de acompanhante, este acompanhante se necessitar, também receberá o pagamento do transporte. Caso”

Análise: Pendência Atendida.

2.11- No TALE a pesquisadora informa que: "Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas". Como a pesquisadora vai garantir estas informações se existe a possibilidade de realização da pesquisa em grupo e, além do mais, a pesquisa será realizada dentro do CRAS e os participantes serão indicados pelo próprio CRAS?

Resposta: O texto foi substituído por: “O texto foi substituído por: “Seu nome não será revelado no resultado da pesquisa e tudo que responder ou realizar será mantido em sigilo e privacidade pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa poderão ser mostrados em eventos, revistas e sites, mas sem identificar o seu nome ou de outros participantes. ”

Análise: Pendência Atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1114566.pdf	07/07/2018 15:55:09		Aceito
Outros	Atestado_matricula.pdf	07/07/2018 15:54:39	Simone Fraga Mota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	07/07/2018 15:53:28	Simone Fraga Mota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_menor.pdf	07/07/2018 15:53:10	Simone Fraga Mota	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.768.694

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_adulto.pdf	07/07/2018 15:51:53	Simone Fraga Mota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_Ajustado_Parecer.pdf	07/07/2018 15:51:28	Simone Fraga Mota	Aceito
Outros	Carta_Resposta_referente_Parecer_Substanciado.pdf	07/07/2018 15:50:31	Simone Fraga Mota	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COLETA_DE_DADOS_CRAS_SANTA_CRUZ.pdf	05/05/2018 20:40:03	Simone Fraga Mota	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COLETA_DE_DADOS_CRAS_DOM_MIGUEL.pdf	05/05/2018 20:39:44	Simone Fraga Mota	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COLETA_DADOS_AS SISTENCIA_SOCIAL.pdf	05/05/2018 20:36:41	Simone Fraga Mota	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	05/05/2018 20:22:42	Simone Fraga Mota	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Julho de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br