

# Ensaio de um Diálogo Interdisciplinar para a Compreensão e o Tratamento Transtorno do Estresse Pós-traumático pela Análise Bioenergética

Maria Verônica Araújo  
de Santa Cruz  
Oliveira<sup>1</sup>  
Fernanda Andrade  
Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, Mestrado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Especialista em Psicologia Clínica com Foco em Análise Bioenergética (2013) pelo Libertas/UNICAP, Residência em Saúde Coletiva (1996) e Especialização em Epidemiologia e Controle Descentralizado de Endemias (1997) pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Psicóloga da UFPE, Centro Acadêmico do Agreste, Curso de Medicina. E-mail: [mveronicaoliveira@yahoo.com.br](mailto:mveronicaoliveira@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Psicóloga, especialista em psicologia clínica na abordagem da Análise Bioenergética, arteterapeuta, terapeuta de casal e família e facilitadora do TRE, Nível II. E-mail: [fernanda.horizonte@gmail.com](mailto:fernanda.horizonte@gmail.com).

**Resumo:** Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o trauma, traçando diretrizes terapêuticas para o seu tratamento dentro dos referenciais da análise bioenergética. Considerou-se que: o aumento da procura do tratamento do trauma é um fenômeno mundial contemporâneo que o coloca como um problema de saúde coletiva; sua ocorrência está associada à forma como a sociedade se organiza e se reproduz economicamente; é um fenômeno psicocorporal que envolve transformações e alterações neurológicas e psicoemocionais. Deste modo, buscou-se estudar o trauma dialogando com saberes da neurologia, análise bioenergética e saúde coletiva. Os estudos neurológicos evidenciaram alterações que podem vir a lesar transitoriamente ou cronicamente as áreas cerebrais da memória, cognição e linguagem. Assim, a elaboração desta experiência apenas com a verbalização torna-se limitada. Neste sentido, as abordagens psicocorporais têm desenvolvido referenciais teóricos, técnicas e experiências com respostas eficazes. O tratamento do trauma demanda um ambiente seguro, uma relação terapêutica empática, pautando-se pela suavidade e dosagem das emoções para evitar uma retraumatização. Dada à complexidade que envolve o trauma e visando aumentar as possibilidades do setting terapêutico, sugeriu-se incorporar ao tratamento as contribuições da clínica ampliada e do grounding no social. O trauma enquanto problema de saúde coletiva evidencia a necessidade de políticas públicas que garantam ações de promoção à saúde, proteção, cuidado das pessoas traumatizadas. Considerando as suas especificidades, demanda também que se garanta a qualificação profissional para o desenvolvimento destas atividades.

**Palavras Chave:** Transtorno do Estresse Pós-Traumático; Terapia do Trauma e do Estresse Pós-traumático; Terapias psicocorporais; Análise Bioenergética.

## Essay of an Interdisciplinary Dialogue for Comprehension and Treatment of Stress Disorder Post-Traumatic by the Analysis Bioenergetics

**Abstract:** This study aimed to review the literature on trauma, tracing therapeutic guidelines for their treatment within the reference of bioenergetic analysis. It was considered that: the increase in demand for treatment of trauma is a contemporary global phenomenon that poses as a public health problem; its occurrence is associated with the way society organizes itself and reproduces itself economically; psicocorporal is a phenomenon that involves changes neurological and psycho-emotional changes. Thus, we attempted to study the trauma dialoguing with knowledge of neurology, bioenergetic analysis and collective health. Neurological studies have shown changes that may injure transiently or chronically brain areas of memory, cognition and

language. Thus, the development of this experiment only with the verbalization becomes limited. In this sense, the psycho body approaches have developed theoretical frameworks, techniques and experiences with effective responses. Treatment of trauma demands a secure environment, an empathic therapeutic relationship, guided by the softness and strength of emotions to avoid retraumatizing. Given the complexity involved in the trauma and to increase the possibilities of the therapeutic setting, it was suggested to incorporate the contributions of extended treatment clinical and social grounding. Trauma as a public health problem shows the need for public policies that ensure actions to promote health, protection, care of traumatized people. Considering their specificities, demand also ensures that the qualification for the development of these activities.

**Key words:** Disorder Post-Traumatic Stress; Trauma and Post-traumatic Stress Therapy; Psycho Body Therapies; Bioenergetics Analysis.

## Introdução

Na nossa prática clínica, seja no consultório ou no Sistema Único de Saúde, temos recebido pessoas de várias faixas etárias que chegam com queixas diversas: transtornos de aprendizagem, fóbicos e depressivos, assim como tensões musculares crônicas. Ao investigar as suas histórias de vida, encontramos em uma parte considerável destas pessoas a ocorrência de episódios de traumas, tais como: acidentes, vítimas de violência física, psicológicas e sexual. A literatura demonstra que o trauma pode causar efeitos devastadores, a procura de atendimento clínico é crescente e esta situação é um reflexo do que vem acontecendo no mundo pós-contemporâneo.

O trauma é definido por Câmara filho e Sougey (2001) como:

Uma situação experimentada, testemunhada ou confrontada pelo indivíduo, na qual houve ameaça à vida ou à integridade física de si próprio ou de pessoas a ele afetivamente ligadas. Seriam situações essencialmente violentas, como acidentes naturais (p. ex: enchentes, incêndios, soterramentos), acidentes automobilísticos, assaltos, sequestros, estupros, entre outros (p.222).

Apoiado na concepção freudiana, Vieira Neto (2005a) se reporta ao trauma como fruto de um desequilíbrio da economia psíquica:

Para que haja uma experiência traumática advinda de um evento factual, seriam necessárias duas condições. A primeira que o evento represente um perigo acima da força do indivíduo, inundando seu aparelho psíquico de excitação e a segunda que essa excitação não possa ser manejada por uma atividade associativa ou pela descarga motora. O trauma seria, então, resultado de um desequilíbrio da economia psíquica. (p.35)

Dependendo da frequência e intensidade da exposição, da estrutura psicoemocional da pessoa traumatizada e das condições do ambiente, o trauma pode desencadear vários transtornos, dentre estes, o mais frequente é o estresse pós-traumático (TEPT). Segundo Câmara Filho e Sourgey (2001), o TEPT ainda pode estar associados a outras morbidades, como: transtornos do humor (especialmente depressão), de ansiedade,

obsessivo-compulsivo, somatoformes, dissociativos e da personalidade, além do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Isto se dá porque o trauma envolve transformações neurofisiológicas e psicoemocionais. Nas pessoas que desenvolvem um estresse pós-traumático estas transformações são profundas, porém, em geral, são transitórias, mas, podem se cronificar levando a transformações da personalidade (OMS, 2008). Nos estudos do campo da neurofisiologia de Roeder e Lima (2000), Margis et al (2003), Graeff (2003), Peres e Nasello(2005) e Ruiz, et al (2007) há uma descrição minuciosa de como as alterações anatômicas, funcionais e hormonais decorrentes de uma situação traumática produzem os principais sintomas do TEPT. Dentre estas, ressalta-se que o trauma pode lesar áreas do cérebro responsáveis pela cognição, memória e linguagem.

Lançando um olhar mais amplo sobre o trauma podemos compreender que pode ser vivenciado diretamente pelas pessoas ou por pessoas próximas, mas também pode atingir uma gama considerável da população, como por exemplo, nas grandes catástrofes. Outra forma do trauma atingir populações é o trauma vicariante que é ocasionado pela mídia televisiva que, ao bombardear cenas catastróficas, causa repercussões nos seus telespectadores. Há também o trauma decorrente da repressão das emoções diante de uma experiência intensa, chamado fadiga de compaixão. É encontrado em profissionais de saúde ou pessoas que lidam diretamente com o sofrimento de outras pessoas e reprimem suas emoções para dar apoio às pessoas traumatizadas (BERCELI, 2007).

Vários autores chamam a atenção para como os padrões de organização social atualmente expõem a população frequentemente a situações traumáticas. A exemplo disto, Berceli (2007) refere-se a traumas decorrentes de guerras, ataques terroristas, catástrofes, mas também a eventos mais comuns: acidentes, perdas súbitas de pessoas amadas e a violência. Vieira Neto (2005a) cita que os estressores causados pelos seres humanos têm mais potencialidade de causar TEPT do que as catástrofes naturais.

No Brasil são vários os fatores que predispõem a ocorrência de situações traumáticas e seu agravamento. Tomando como base apenas a violência e os acidentes, basta abrirmos as manchetes diárias dos jornais para percebermos a alta incidência. Um olhar mais apurado da epidemiologia revela que, em 2009, 12,5% das mortes no país (138.697 pessoas) foram por causas externas. As principais causas de morte nesta categoria foram acidentes (62.462) e os diversos tipos de violências (61.380). Hoje as causas externas representam a terceira causa das mortes no país, chegando a ser a segunda causa nas regiões do Norte, Nordeste e Centro Oeste. Ao considerar o grupo de jovens adultos (10 a 39 anos), esta é a primeira causa. Também foram responsáveis em 2010 por um total de 929.893 internações nos serviços financiados pelo SUS, o que corresponde a 10,4% de todas as internações, tendo como principais causas de internamento os acidentes (39,9/10.000 habitantes), quedas (19,1/10.000 habitantes), violência (2,9/10.000 habitantes) (MASCARENHAS, 2011a e 2011b).

Por trás destes números há uma complexa trama de relações econômicas, políticas, sociais e culturais, entre outros fatores que são frutos do modelo de desenvolvimento econômico implementado no país e são responsáveis por gerar e manter este quadro. Como veremos mais adiante, esta trama poderá nos chegar através da história da pessoa que estamos cuidando e nos demandando, por vezes, uma intervenção no contexto de vida delas.

O objetivo deste trabalho é fazer face a esta demanda crescente pelo tratamento do trauma e realizar uma revisão da literatura que considere a complexidade que o envolve e tecer um diálogo com nossa prática, buscando traçar diretrizes terapêuticas tanto para as ações de promoção da saúde como para o cuidado das pessoas que apresentam sofrimento psicoemocional em decorrência da vivência de uma situação traumática. Levando em consideração que o trauma pode lesar áreas do cérebro responsáveis pela cognição, memória e linguagem, dificultando terapias que utilizam-se apenas da verbalização teremos como foco neste estudo as contribuições das terapias psicossomáticas, em especial da análise bioenergética. Por fim, trarei as contribuições oriundas da clínica ampliada visando fazer face a complexidade que envolve o trauma.

### **O trauma na visão das abordagens psicocorporais**

Para Levine (2012), é fundamental conhecermos como os animais se recuperam de seus traumas tanto por conta das primeiras reações ao trauma serem primitivas e orgânicas como também porque os animais detêm uma capacidade inata de se recuperarem do trauma por um processo natural de autorregulação. Nós também herdamos a capacidade dos animais de se recuperarem do trauma, porém, nos afastamos desta durante o processo de civilização. A observação dos animais que passaram por perigo revela que, em um primeiro momento, eles são mobilizados para fugir ou lutar, na impossibilidade de defesa, ficam imobilizados. Passado o perigo, tremem e se recuperam. Este tremor representa a liberação da energia represada e é autorregulatório.

Quando o paciente acessa as memórias do trauma, uma carga elevada de energia de fúria contra o agressor é liberada, representando a agressividade pela vida. A fúria representa o medo de matar. A força com que é liberada faz com que aja um desligamento, dado o forte estímulo do sistema límbico que bloqueia as áreas pré-frontais do cérebro, responsáveis pela consciência. “A pessoa se torna essas emoções e sensações” (LEVINE, 2012, p. 71). O medo de perder o controle diante da fúria pode provocar no paciente sentimentos tão fortes a ponto de levá-lo a uma retraumatização, dado o medo de se machucar ou machucar outra pessoa. Isto se dá por uma reativação do sistema biológico, tal qual no momento do trauma.

Este medo que se mantém nas respostas biológicas, vai progressivamente afastando a pessoa traumatizada do contato com seu corpo (o depositário de memórias que despertam sensações e sentimentos tão dolorosos) e da vida.

A imobilidade crônica produz os sintomas emocionais do trauma mais básicos, entorpecimento, desligamento, aprisionamento, desamparo, depressão, medo, pavor, fúria e desespero. A pessoa amedrontada, incapaz de se imaginar em segurança, protegida de um constante inimigo (interno), incapaz de voltar a se envolver na vida. Os sobreviventes do trauma severo e prolongado (crônico) descrevem a vida como a dos ‘mortos vivos’ (LEVINE, 2012; p.72).

Este sentimento aterrorizante, ainda pode voltar para si, quando não é devidamente redirecionado. O paciente vive um ritornelo, em que a imobilidade se retroalimenta, ficando crônica. Daí vem o importante papel

da/o terapeuta na contenção desta emoção, apoiando o paciente para passar por estes sentimentos e sensações devastadoras e conseguir sair da imobilidade.

Levine (2012) busca na teoria Polivagal desenvolvida por Stefan W. Porges significativas contribuições para a explicação de como o sistema autônomo desencadeia as respostas biológica do trauma e que são de grande importância em seu tratamento. Nesta teoria, quando em situação de perigo o indivíduo faz uma avaliação que o ambiente é seguro, o sistema vago ventral é ativado e inibe os sistemas responsáveis pela luta e fuga (simpático) ou imobilização (nervo vago dorsal), promovendo a sincronia dos batimentos cardíacos, preparando para a interação social e comportamentos de apego. Esta é uma estratégia fundamental para a sobrevivência, pois em situação de insegurança, primeiro procura-se apoio no grupo social. Não encontrando a segurança necessária, ativa-se o processo de luta e fuga. Porém, quando a avaliação revela a impossibilidade de defesa, é acionado o sistema mais primitivo do nervo vago dorsal, a imobilidade, o desligamento e a dissociação. Este processo terá como objetivo poupar energia para a sobrevivência ou preparar o organismo para a morte. Levine utilizará esta teoria para propor um processo sutil, que busca integrar o sistema autômato à consciência, quebrando a divisão corpo-mente. O primeiro passo é fornecer um ambiente seguro e uma relação empática, essenciais para a reativação do nervo vago ventral. Para isso, vai delicadamente aumentando a consciência corporal e permitindo diluir o medo através de pequenas “explosões”, que poderão ser contidas pelo ego fragilizado do paciente. Como resultado, a pessoa traumatizada vai transitando por estas sensações e sentimentos e ao mesmo tempo percebendo que pode superá-los, aumentando a autoconfiança e a esperança de que é possível sair desta imobilidade.

Levine (2012) observa que as vítimas de trauma que acompanha apresentam sintomas que demonstram ativação de um dos sistemas polivagal, por vezes transitando entre estes na mesma consulta. O processo terapêutico que propõe consiste em identificar qual dos sistemas o paciente se encontra, através de sinais como a cor da pele, posturas corporais, frequência respiratória e cardíaca. Em seguida, busca apoiar o paciente a ativar o sistema subsequente e descarregar a energia interrompida no processo de luta e fuga através de vibrações voluntárias, visando ativar o sistema vago ventral. Pontua a importância de ajudar a pessoa traumatizada a transitar por estas sensações, no entanto, sem ser dominada por elas e sim contê-las. Neste caminho terapêutico o processo de autorregulação é acionado.

Para a análise bioenergética é importante distinguirmos os traumas decorrentes do processo de desenvolvimento e os traumas de choque. 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 corações (defesas expressas na musculatura). Enquanto o trauma que desencadeia o TEPT é pontual e circunscrito, deixando o sujeito em estado de choque, imobilizado em decorrência da sobrecarga do sistema nervoso (NASCIMENTO e ZINK, 2010).

Esta distinção é fundamental para a direção clínica. Na terapia dos traumas do desenvolvimento se busca uma quebra das defesas visando dissolver as corações que impedem o contato com os sentimentos, levando o indivíduo a entregar-se a uma respiração plena e aos seus sentimentos, uma entrega ao corpo e à vida.

O trauma de choque por sua vez, é um processo disruptivo que se inscreveu no corpo e leva à fragilização egóica. No momento do trauma, o organismo mobiliza grande quantitativo de energia que não

consegue ser descarregada, impactando o equilíbrio por conta de mudanças gradativas da forma e função dos tecidos e sistemas do corpo. Este processo leva a um “estado de dissociação, fuga da realidade, perda do senso de si mesmo, embotamento afetivo e pensamentos recorrentes, gerando considerável sofrimento” (NASCIMENTO e ZINK, 2010, p. 19).

Diante de tal fragilidade egóica, o tratamento do trauma distancia-se das quebras de defesa e couraças musculares. Entrar em contato com as memórias traumáticas em geral libera grande carga de energia, que tanto pode sobrecarregar mais ainda este ego já tão fragilizado como também retroalimentar os processos neurobiológicos, gerando um novo ciclo de trauma, isto é, uma retraumatização. Por conta disto, a terapia do trauma exige a compreensão destes limites e possibilidades da pessoa que estamos atendendo, uma atuação pautada pela delicadeza e sutileza na sua condução.

David Berceli (2007) traz grandes contribuições no entendimento do trauma, no seu tratamento pela análise bioenergética e nas medidas de promoção da saúde que contribuem para amenizar os seus efeitos devastadores, favorecendo a autoregulação psiconeurofisiológica. Terapeuta da análise bioenergética atuando com trabalhos humanitários em países que estavam enfrentando guerras, Berceli se viu diante da necessidade de atender um número elevado de pessoas com o estresse pós-traumático. Era costume local as pessoas irem ao consultório junto aos amigos e familiares, por acreditarem que serão eles que estarão junto aos pacientes acalentando suas dores. Berceli sentiu, então, a necessidade de desenvolver um tratamento que as pessoas pudessem se apropriar, gerando autonomia na cura e pudesse ser desenvolvido em grupo.

Nos abrigos de guerra Berceli pode discriminar quais os músculos que atuavam no trauma ao observar a reação corporal das pessoas no momento dos bombardeios. Identificou que o movimento de arquivar o corpo para frente, numa postura de proteção do rosto e da região torácica tem sua origem no músculo psoas que puxa o diafragma para baixo. Também observou que as crianças que vibravam durante estes bombardeios apresentavam melhor readaptação. Criou uma série de exercícios que tem por finalidade fadigar a musculatura, em especial do músculo psoas e o diafragma visando promover a vibração que irá realizar a liberação energética e reorganizar o equilíbrio psiconeurofisiológico (BERCELI, 2007).

Berceli (2007) afirma que estes exercícios poderão ser suficientes para desbloquear a energia psíquica congelada no trauma de acordo com a condição do sujeito cuidado. No entanto, reconhece que algumas vezes o poder devastador do trauma é tal que a pessoa necessitará de uma apoio terapêutico mais intenso.

A grande vantagem dos exercícios de liberação do trauma é que têm poucas restrições para a sua prática, são de fácil aplicação tanto individualmente como em grupo e têm um forte impacto no reequilíbrio orgânico dando aos sujeitos maiores condições de autonomia na sua recuperação no campo psicoemocional. Isto é, os exercícios ao descarregarem energias contidas no trauma, permitem que o sujeito restabeleça seu funcionamento orgânico e psicoemocional, favorecendo a capacidade de conseguir este mesmo equilíbrio nas situações cotidianas.

As pessoas que estão muito devastadas pelo trauma podem desenvolver um sentimento de descrença profunda na superação de seu sofrimento, pois as suas condições psiconeurofisiológicas encontram várias formas de se retroalimentarem. Assim, outro aspecto importante é ajudar a pessoa a se reconectar com a esperança de que podem superar suas dificuldades. Temos escutado após aplicar os exercícios relatos de surpresa de que foi

possível esquecer a dor, o sofrimento, os pensamentos intrusivos ou voltarem a ter sensações agradáveis com o próprio corpo. Algumas pessoas chegam a falar que saem com mais esperança da superação. Também temos percebido que para os pacientes que precisam de um acompanhamento com psicoterapia, esta condição é facilitadora e fortalecedora do processo de construção da aliança terapêutica.

Nascimento e Zink (2010), baseados nos trabalhos de importantes terapeutas psicocorporais da atualidade, propõem três etapas no tratamento do trauma que não seguem necessariamente uma sequência cronológica. A primeira é o estabelecimento de um vínculo terapêutico seguro que garanta a contenção e reeducação dos sintomas. Chama a atenção para a necessidade de um acolhimento baseado na relação empática, sem muitas intervenções. Para este momento é fundamental o centramento na respiração, o *grounding* e o contato ocular. Segue-se nesta fase o trabalho com os limites, onde o paciente, diante do seu estado subjetivo, coordena momentos de aproximação e distanciamento da/o terapeuta. Através da conscientização e expansão de micromovimentos, busca-se desencadear movimentos de luta e fuga que ficaram congelados na situação traumática. Podem vir acompanhados de verbalizações orais e gritos. Porém, tem-se de estar atento à dosificação destas emoções tal qual foi proposto por Levine, evitando assim uma retraumatização. Por fim, é proposta nesta fase uma reeducação dos sentimentos que contribui para que o paciente se desidentifique com os sentimentos negativos que o desestruturaram, restaurando seu senso de autorregulação.

A segunda fase é a de Integração do Self por meio da renegociação, memorização e reorganização do material traumático. O trabalho busca a construção de um vórtice curativo que permita a renegociação de sintomas negativos, sua transformação e fortalecimento para novos desafios. É baseado nos conceitos de educação formativa e *middleground*, desenvolvidos por Stanley Keleman, e por vibrações involuntárias. Na educação formativa o paciente aumenta a integração das memórias do trauma a sua consciência corporal das alterações da hiperativação gradativamente e aprende a desmanchar este padrão, propiciando a vivência de novas respostas. No *middleground* é o tempo necessário para ocorrer a restauração somática. Um tempo de silêncio necessário para suportar as angústias e dúvidas de superação. O caminho terapêutico consiste em aumentar a consciência e fortalecimento corporal e dar condições ao ego para regular as emoções. As vibrações são alcançadas com mobilização da tensão ocular, massagens na nuca e face, *grounding*, exercícios de alongamento do músculo psoas, e desbloqueios de anéis energéticos.

A terceira fase é a de restabelecer a capacidade de expansão e prazer na vida cotidiana. Através da valorização do paciente e de seus aprendizados, busca-se que o paciente saia do lugar da vítima ou da pessoa traumatizada para assumir responsabilidade pela sua vida e seus relacionamentos. Busca-se também a descarga sexual pelos exercícios de análise bioenergética.

Na nossa prática clínica, diante da complexidade que envolve o trabalho no trauma, temos sentido a necessidade de ampliar o setting terapêutico. E para tanto, temos nos apoiado num diálogo com o campo da gestão da saúde coletiva através do conceito de clínica ampliada, desenvolvido por Gastão Wagner Campos. A este conceito temos acrescido a visão da análise bioenergética através de uma ampliação do conceito de *grounding* ao qual temos nominado de *grounding* no social.

## **Diálogos da saúde coletiva com a análise bioenergética: a clínica ampliada com *grounding* no social na construção de projetos terapêuticos singulares para o tratamento do trauma**

Campos (1997) critica o caráter reducionista da clínica oficial que categoriza a doença em uma entidade nosográfica a partir do que tem de regular, desconsiderando o sujeito e o reduzindo a sua doença. Assim, esta clínica não percebe o que há de singular em cada caso, não valoriza o papel do sujeito na sua cura, como também não consegue perceber as suas potencialidades, pois só o vê como o doente.

É proposta uma ampliação da clínica através da construção de relações menos desiguais entre profissionais de saúde e a pessoa adoecida, de um olhar interdisciplinar, um trabalho que se faz em equipe na construção compartilhada de um projeto terapêutico singular. Assim, tanto se reconhece a importância do diagnóstico a partir das regularidades das classificações das doenças, como se busca ampliar este olhar através do diálogo com outros campos de saber e intermediados pela realidade de vida dos sujeitos. Um processo que evoca do profissional uma postura compromissada e ética com a emancipação dos sujeitos e do cuidado (CAMPOS, 1997 e 2006; BRASIL, 2007). Deste modo, a clínica ampliada traz a contribuição ao cuidado da pessoa com trauma apontando para a necessidade da interdisciplinaridade.

Nesta perspectiva, de um lado deve-se considerar a importância da regularidade contida nas alterações neuroanatômicas e nos sintomas que contribuem no diagnóstico da extensão do trauma, de outro lado não se pode também deixar de reconhecer a singularidade de cada sujeito. Esta sensibilidade para a singularidade é intrínseca a nossa prática clínica, herança da nossa escuta analítica essencial na compreensão da psicodinâmica do sujeito. Na análise bioenergética ainda acrescentamos a análise corporal e energética de cada sujeito que acompanhamos. Faz-se necessário também uma ampliação do olhar sobre o sujeito, o percebendo nas suas relações com as pessoas e com o mundo que vive. E neste momento, é valioso o aporte teórico de Reich (1982) que na sua análise do sujeito incorporava também às questões sociais, culturais e econômicas que contribuem na configuração da psicodinâmica e formação de couraças. Assim somos impelidos a compreender o trauma num diálogo com vários campos do saber. Mas, esta interdisciplinaridade também estará presente no momento de construirmos as direções terapêuticas.

O tratamento do trauma na clínica ampliada leva a necessidade de fortalecimento de uma rede mais ampla de apoio, buscando trocas com outros campos do saber através do trabalho em equipe na construção de projetos terapêuticos singulares (PTS). No Sistema Único de Saúde os PTS são uma das estratégias de humanização da saúde e o modo operante esperado nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e demais serviços de Saúde (BRASIL, 2007). Nas cidades cobertas pelo Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), a equipe de saúde mental deste Núcleo através do matriciamento das equipes de saúde da família e em conjunto com esta irá, no território, costurando os fios desta rede de apoio e os encaminhamentos necessários. Na realidade do consultório, em geral, não dispomos desta vivência de um trabalho em equipe, mas é possível, por exemplo, travar diálogos com o psiquiatra assim como se deve conhecer a rede de serviços de saúde para onde encaminhar os pacientes de acordo com suas necessidades. Para isto, não há receitas prontas, por isso chama-se de projeto terapêutico singular, onde terapeuta e paciente, e se possível, equipe interdisciplinar de saúde, vão juntos

identificando as possibilidades de construir esta rede de apoio. Nesta perspectiva da clínica ampliada, somos convidados a extrapolar o setting terapêutico e buscar um “grounding no social”.

O *grounding* pode ter sido percebido por várias vezes nas entrelinhas deste trabalho, como caminho terapêutico na abordagem corporal. Este é um conceito angular na bioenergética e se refere ao processo de entrar em contato com a realidade, de sentir-se sobre seus pés. Lowen e Pierrakos desenvolveram exercícios que têm por objetivo ajudar às pessoas a descarregarem a energia da parte superior do corpo através das pernas e pés para o chão, tendo a pélvis como o centro da gravidade. Partiram do princípio que estar com os pés bem plantados no chão aumenta o contato com a realidade, dá uma sensação de sentir-se enraizado no seu corpo, ciente de sua sexualidade e mais direcionado para o prazer (LOWEN, 1982; LOWEN e LOWEN, 1985). Deste modo, o *grounding* aumenta a capacidade da pessoa suportar maiores cargas energéticas e assim lidar melhor com suas emoções, o que torna o *grounding* “um objetivo primário na bioenergética” (LOWEN, 1982, p. 172).

Esta primeira forma de desenvolver o *grounding* é referendada como um *grounding* postural, porque envolve a mobilização da musculatura esquelética e o alinhamento dos segmentos corporais. Weigand (2006) faz um estudo que demonstra como ao longo do tempo, terapeutas importantes na teoria e técnicas psicorporais foram ampliando tanto a forma de perceber como de desenvolver o *grounding*.

O *Grounding* no social é uma adaptação livre que fazemos do conceito de *grounding* tendo como referência o suporte encontrado nas relações interpessoais e nas redes de apoio presentes na sociedade, tanto governamentais como não governamentais, que irão contribuir na proteção, prevenção, cuidado e no fortalecimento do processo de socialização.

Na pessoa traumatizada, como foi visto, pode-se encontrar comportamentos de esquiva, de distanciamento emocional e embotamento afetivo que comprometem a socialização. Podemos dizer que ela tende a um desenraizamento no social. Deste modo, necessitará fortalecer seus laços de apego, afetividade e sentimentos de pertencimento, como também em alguns casos ser cuidada ou sentir-se cuidada.

Também já foi referido que o TEPT muitas vezes vem acompanhado de co-morbidades, onde a depressão é a mais freqüente. Assim, é preciso avaliar desde a capacidade que o paciente tem de autonomia na realização de cuidados pessoais e atividades cotidianas aos possíveis riscos de suicídio<sup>100</sup>. Uma avaliação que coloca em risco a vida do sujeito irá demandar um acompanhamento mais próximo e que vai além das possibilidades do setting terapêutico de um consultório. Recorre-se ao *grounding* na família ou das redes de apoio social que a pessoa traumatizada pode contar: amigos, vizinhos, espaços onde vive a espiritualidade, nas terapias complementares, nos grupos de serviços de apoio e suporte solidário presentes na sua comunidade. Em casos mais graves, com riscos eminentes, deve-se recorrer a um Centro de Apoio Psicossocial ou a um serviço de emergência psiquiátrica.

Outra face do trauma que nos suscita a pensar na clínica ampliada com suporte em um *grounding* no social são as situações que envolvem violência de qualquer natureza, pois, em primeiro lugar, é fundamental interromper o seu ciclo gerador. Mais que uma direção clínica óbvia, é um dever do psicólogo, como previsto no Código de Ética do Psicólogo no II Princípios fundamentais em que apregoa:

<sup>100</sup> Para aprofundar a leitura a respeito das medidas de suporte às pessoas com risco de suicídio, recomendamos a publicação Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde das equipes de saúde mental (Brasil, 2009).

O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CFP, 2005. p.7)

Saliba et al (2007) ressalta as Leis brasileiras que obrigam o profissional de saúde a notificarem os casos de violência. A exemplo disto, já em 1941, a Lei 3688, no seu artigo 66, reconhece que a não comunicação de um crime que se tenha tido conhecimento pelo seu trabalho é uma contravenção. Os Estatutos da Criança e Adolescente e Estatuto do Idoso, criados respectivamente pelas Leis 8.069/90 e 10.741/03, tornam obrigatória a notificação de casos de violência a estes grupos, inclusive dos casos suspeitos. A Lei 10.778/2003 regulamenta a obrigatoriedade de notificação dos casos confirmados e suspeitos de violência contra a mulher.

Estas notificações, além de acionarem mecanismos de proteção à vítima e punição dos agressores, são de fundamental importância para a criação de políticas de prevenção, proteção e cuidados à saúde das pessoas agredidas (BRASIL, 2011). Estas redes vão desde estruturas judiciárias, de assistência social e de atenção à saúde, assim como também podem envolver organizações não governamentais. Podemos encontrar este apoio, por exemplo, nas Delegacias Especiais da Mulher, nas Delegacias Especiais da Criança e Adolescentes, no Ministério Público, nos Conselhos Tutelares e nos Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) que atuam tanto na interrupção dos ciclos de violência, como em medidas protetivas e no apoio social às vítimas e famílias que foram alvo de violência. Há também serviços de saúde que, dependendo da gravidade da lesão física ou da existência de um abuso sexual, farão as medidas protetivas e assistenciais necessárias. Deste modo, é fundamental o terapeuta conhecer e se articular às redes de apoio existentes no seu local de atuação.

## Considerações finais

Pudemos ver que condições sociais e econômicas favorecem o aparecimento do trauma em números elevados na sociedade. Ao mesmo tempo, o trauma é um fenômeno psicocorporal, pois no momento em que ele acontece, são mobilizadas em um primeiro momento as respostas biológicas de sobrevivência, envolvendo estruturas primitivas do nosso corpo, onde o significado da experiência só nos chega em um momento posterior ou é inacessível. Dependendo da intensidade do trauma, da força da energia mobilizada e do seu destino, da frequência que o evento aconteceu, das nossas condições subjetivas e das condições do ambiente que vivemos, ele pode vir a lesar transitoriamente ou cronicamente as áreas cerebrais da memória, cognição e linguagem, chegando a trazer mudanças na personalidade. Promover a elaboração desta experiência tendo como único recurso a sua verbalização é limitado neste contexto. Com os estudos de Levine, Bercei, Nascimento e Zink, pudemos compreender que as abordagens psicocorporais têm acumulado experiências com respostas eficazes, desenvolvendo um arcabouço teórico e técnicas consistentes tanto para medidas de promoção como do tratamento do trauma.

O corpo da pessoa traumatizada guarda em si a memória viva do trauma. As respostas a situações que lembram a situação traumática podem desencadear processos de luta/fuga ou imobilização como se estivesse ocorrendo novamente. A direção terapêutica se dá num ambiente seguro, por um processo sutil e delicado,

exigindo da/o terapeuta paciência para que facilite à pessoa traumatizada entrar em contato com o seu corpo, visando um aumento progressivo da consciência corporal das transformações somáticas e emoções que são desencadeados com as lembranças traumáticas. Processo que precisa ser “dosificado” com a contenção das fortes emoções liberadas para evitar uma retraumatização. Novas respostas menos assustadoras e até prazerosas são acessadas, o que permite ao paciente ir ganhando mais autoconfiança e ter condições de expressar sua dor. Isto lhe faz ganhar mais esperança que irá conseguir ultrapassar este momento doloroso em sua vida, criar novas possibilidades de viver e planejar seu futuro. As angústias, antes irrepresentáveis, poderão agora ser nomeadas e ganhar um sentido e um lugar psíquico. Este corpo que é de tão difícil acesso, é o caminho para a liberação do trauma e sua elaboração. Deste modo, a terapia do trauma encontra como desafio apoiar a pessoa traumatizada a ancorar novamente seu self no seu corpo e reativar sua relação no social, com o mundo que vive, onde a clínica ampliada com o *grounding* no social pode ser uma importante diretriz na constituição dos PTS.

Diante dos dados epidemiológicos apresentados e da ocorrência dos desastres naturais e catástrofes que temos constantemente enfrentado no Brasil, podemos afirmar que o trauma é hoje um grave problema de saúde pública em nosso país e que necessita da elaboração de políticas públicas de promoção e atenção à saúde, de fortalecimento das redes de apoio, de qualificação profissional e da produção de novos conhecimentos que, ao melhor compreender as várias dimensões que envolvem o trauma, possam contribuir na prevenção e cuidado das pessoas traumatizadas a partir de um olhar ampliado.

## Referências

BERCELI, D. **Exercícios para a liberação do trauma:** um revolucionário novo método para a recuperação do estresse e trauma. Recife: Libertas editora, 2007. 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde. Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_prevencao240111.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf). Acesso em: 12 jun 2013.

CÂMARA FILHO, J. W. S; SOUGEY E. B Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *RevBrasPsiquiatr* 2001;23(4):221-8.

CAMPOS, G.W. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** mimeo DMPS-UNICAMP. Campinas, 1997.

\_\_\_\_\_ **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** Mimeo. 2006. Disponível em: <http://www.memorialapodi.com.br/biblioteca/epidemiologia/docs/Estudo%20,%20Clinica%20e%20Saude%>

[20Coletiva%20compartilhadas%20Teoria%20Paideia%20e%20Reformulacao%20Ampliada%20do%20Trabalho%20em%20Saude%20.%20Gastao%20Campos%20.%202006.pdf](#). Acesso 13 jun 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Código de ética profissional do Psicólogo. Brasília, 2005.  
GRAEFF, F. G Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr.** 25(Supl I):21-4, 2003.

HOLF, R. descrição da terapia reichiana. **Informação vital.** Rio de Janeiro/Recife: Raízes, Serpron. s/dt.

LEVINE, P. A. **Uma voz sem palavras, como o corpo libera o trauma e restaura o bem estar.** São Paulo: Summus, 2012.

LOWEN, A. **Bioenergética.** 8ª edição. São Paulo: Summus, 1982.

LOWEN, A.; LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante.** São Paulo: Agora, 1985.

MARGIS, R et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr.** RS, 25(supl. 1): 65-74, abril 2003.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. p.203-224. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_10\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf). Acesso em 07/05/2013.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. p.225- Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_11\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf). Acesso em 07/05/2013.

NASCIMENTO, P. D.; ZINK, L. **Transtorno de Estresse Pós Traumático: uma visão bioenergética.** 2010. 19fls. Artigo (Especialização em Psicologia Clínica: Análise Bioenergética). Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. Disponível em: <http://bioenergetica.com.br/html/Monografia%20-%20TEPT%20na%20Visao%20da%20Analise%20Bioenergetica.pdf>. Acesso em: 15 de nov 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10.** OMS. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. 10 ed. revisada. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em 13/04/2013.

PERES, J. F. P.; NASELLO, A.G.. Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. **Rev. Psiq. Clín.** 32 (4); 189-201, 2005.

REICH, W. **Análise do caráter.** 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROEDER, M.A.; LIMA, W.C. Bases neurofisiológicas do relaxamento e sua relação com o estresse. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde,** v.5, n. 1, p.54 a 70, 2000.

RUIZ, J. E et al. Psiconeuroendocrinologia do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo v.29 supl.: s7-s12, maio, 2007.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública.** 41(3):472-7.2007. Disponível em:



[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/25/responsabilidade\\_do\\_profissional\\_desaude\\_sobre\\_a\\_not\\_de\\_casos\\_de\\_vio\\_domestica.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/25/responsabilidade_do_profissional_desaude_sobre_a_not_de_casos_de_vio_domestica.pdf). Acesso 02 jun 2013.

SANTOS, A. L. C DOS. **A importância funcional do complexo vaginal para uma compreensão ampliada do comportamento humano.** 2007. 124f. Monografia (Especialização em Neurociência e Comportamento), Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.2007

VIEIRA NETO, O. Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT): etiologia, conceito, prevalência. In VIEIRA NETO, O VIEIRA, C.M.S (org). **Transtorno do estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz.** São Paulo:Vetor, 2005a. p.29-76.

\_\_\_\_\_ A concepção psicanalítica de neurose e o TEPT. In VIEIRA NETO, O VIEIRA, C.M.S (org). **Transtorno do estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz.** São Paulo:Vetor, 2005b. p.147-177.

WEIGAND, O. **Grounding e a autonomia: a terapia corporal bioenergética revisitada.** São Paulo: Person, 2006.

Recebido em 10/09/2014  
Aceito em: 24/09/2014