



**UNIVERSIDAD DE LA INTEGRACIÓN DE LAS AMÉRICAS
ESCUELA DE POSTGRADO
DOCTORADO EM SALUD PÚBLICA**

WANDECLEIDE LUCENA FERNANDES

**SOMATIC EXPERIENCING® NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: discursividade de servidores públicos federais**

**ASUNCIÓN – PARAGUAY
2016**

WANDECLEIDE LUCENA FERNANDES

**SOMATIC EXPERIENCING® NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: discursividade de servidores públicos federais**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação da Universidad de la Integración de las Américas en Doutorado em Salud Pública, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutorado em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Soraya Maria de Medeiros

**ASUNCIÓN – PARAGUAY
2016**

F363s Fernandes, Wandecleide Lucena.
Somatic Experiencing® no tratamento do transtorno do estresse pós-traumático: discursividade de servidores públicos federais / Wandecleide Lucena Fernandes.- Asunción Paraguay, 2016.
170f. : il.

Orientadora: Soraya Maria de Medeiros
Tese (Doutorado) - Universidad de la Integración de las Américas.

1. Saúde pública. 2. Política e gestão de saúde.
3. Transtorno - estresse pós-traumático. 4. Análise do discurso.
5. Somatic Experiencing®.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

WANDECLEIDE LUCENA FERNANDES

**SOMATIC EXPERIENCING® NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: discursividade de servidores públicos
federais**

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação:
Doutorado em Saúde Pública do
centro pedagógico da Universidad
de la Integración de las Américas
do Paraguay (UNIDA) como requisito
parcial para obtenção do grau de
Doutorado em Saúde Pública.

Asunción, 28 de outubro de 2016

Aprovada com o grau: ...100...

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. EDUARDO F. CHAVARRIJO

Prof. Dr. FRANCISCO CARLOS PALAU MARTINEZ

Prof^a. Dr^a. NURY LIZ BENITEZ RAMIREZ

Orientadora: Prof^a. Dr^a. SORAYA MARIA DE MEDEIROS

DEDICO

A Deus, por estar presente em todos os momentos durante essa jornada da minha vida;

À minha família (esposo e filhos), Wellington Vilar Viana, Wellington Vilar Viana Júnior (In: memoriam), Felipe Fernandes Viana e Tiago Fernandes Viana, por compreenderem minha ausência e participarem com muito carinho desse sonho;

Ao amigo e terapeuta, Paulo Lima (In: memoriam) por, um dia, ter me apresentado a Somatic Experiencing® (SE®).

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha **orientadora**, a **Prof.^a Dr.^a Soraya Maria de Medeiros**, que me proporcionou muito mais do que ensinamentos da vida acadêmica, mas lições de humanidade que levarei por toda a vida;

A todos os **sujeitos desta pesquisa** que, assim como eu, sabem o que é sofrer do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e que, através do SE[®], encontraram uma nova maneira de existir no mundo.

AGRADECIMENTOS

Ao **Dr. Peter Levine**, PhD, como “pai” do SE[®], minha reverência e eterna gratidão;

À **Prof.^a Dr.^a Lenilde Duarte de Sá**, por ter me ensinado o caminho da vida científica e hoje também ser protagonista dessa conclusão;

À **Ilma Nóbrega**, coordenadora do SIASS (MF/PB), e a todos os profissionais que lá trabalham, por abrirem as portas para a realização desta pesquisa;

À Presidente da Associação Brasileira de Trauma – ABT - e minha primeira professora de SE[®], **Dr.^a Cornélia Rossi**, por ser uma grande incentivadora dos meus estudos e de minha prática profissional como terapeuta;

A minha querida avó, **Josefa**, por, muitas vezes, ter me ensinado a importância de sentar para estudar, e ao meu avô, José, por ter me mostrado o caminho da vida;

A minha querida irmã, **Terezinha Asstacoeli de Lucena Ramos**, uma fiel companheira, mesmo em minha ausência nesse percurso;

A minha amiga e colega de muitas caminhadas, a **enfermeira Maria de Fátima Moreira**, por acreditar em mim e me incentivar, sempre presente nos momentos difíceis dessa jornada;

A minha irmã do coração, **Sílvia Vitória**, por estar sempre ao meu lado, dando-me apoio em todos os momentos do Doutorado;

À amiga e irmã em Cristo, a enfermeira **Luciana Medeiros**, por tantas contribuições e pelas muitas vezes em que me fez sorrir;

Aos meus **colegas da PROGEP (UFPB)**, na pessoa do Professor Arimatéia Lucena de Menezes, por me incentivarem a buscar o conhecimento;

À Diretora da Divisão de Seleção e Provisão, **Mirella Rocha**, com quem tive a alegria de trabalhar, pelo incentivo no início dos estudos, e à Coordenadora da Coordenação de Qualidade de Vida, Saúde e Segurança do Trabalhador, **Tatiana Reitz**, pelo apoio e incentivo no final dessa jornada, muito obrigada!

Aos profissionais e terapeutas naturalistas, **Helizene** (fisioterapeuta), **Elizete Vieira** (terapeuta holística), **Jôzy Lucena** (psicóloga e SEzista), **Virgivane** (massoterapeuta), **Vera Marques** (médica homeopata e acupunturista) e **Alícia Robado** (facilitadora de biodanza), por cuidarem de mim de forma holística, para o meu equilíbrio físico e mental durante o Doutorado;

A minha amiga e companheira de SE[®], **Ilma Pires de Sá Espínola**, pelos vários momentos compartilhados de estudos e de incentivo;

À coordenadora do SE® da Paraíba, **Livânia Maria Silva Guimarães**, pelo apoio nessa caminhada;

À **Éfu Nyaki** (minha primeira terapeuta de SE®) e a todas as terapeutas da AFYA (Centro Holístico da Mulher), pelo acompanhamento e pelo incentivo em meu processo de iniciação como terapeuta naturalista;

À minha orientanda de TCC, **Thayza de Albuquerque Araújo**, pela grande contribuição nas transcrições;

A minha amiga **Andréa Vale**, pelo carinho e pela presença na reta final deste estudo;

À **Belinha** (minha cadela), que, muitas vezes, foi um “recurso”, com seu olhar carinhoso e presente;

Enfim, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram, de algum modo, com meus estudos.

Muito obrigada!

O SOL

*“Ei dor, eu não te escuto mais
Você não me leva a nada
Ei medo, eu não te escuto mais
Você não me leva a nada
E se quiser saber pra onde eu vou
Pra onde tenha sol é pra lá que eu vou”*

Antônio Júlio Nastácia

"NÃO ESTOU EU, AQUI, QUE SOU TUA MÃE?"

*Crer na intercessão e na presença de
Nossa Senhora nada mais é do que
compreender essa frase, anunciada por
Nossa Senhora de Guadalupe (padroeira
da América Latina e intercessora do meu
doutoramento) em sua aparição ao índio*

Juan Diego.

RESUMO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) se caracteriza por sintomas de sensação persistente de entorpecimento, diminuição do envolvimento ou da reação que o indivíduo tem do mundo que o cerca, rejeição a atividades e a situações que lembram o episódio traumático. Acredita-se que o TEPT pode ser amenizado ou tratado utilizando-se a Somatic Experiencing® (SE®), um método naturalista que foi criado por Peter Levine, PhD, psicólogo e doutor em Biofísica Médica, que vem se dedicando ao estudo do trauma por mais de quatro décadas. Trata-se de um estudo do tipo analítico, com intervenção terapêutica, com uma abordagem qualitativa, em que se utiliza o método de análise de discurso de linha francesa, que objetiva analisar a discursividade dos servidores públicos federais portadores de TEPT submetidos à terapêutica de SE® como uma nova tecnologia de tratamento. Para a coleta dos dados da pesquisa, foram realizadas sessões individualizadas que aconteceram em um consultório apropriado de um serviço público, com duração de, aproximadamente, 60 minutos. A técnica de coleta foi empregada com base no prontuário individual e nos discursos dos sujeitos, e a análise do *corpus*, através da Análise de Discurso de Pêcheux. Cada sessão terapêutica foi gravada, transcrita e considerada como uma unidade de análise baseada nos procedimentos do tratamento do TEPT com o método da Somatic Experiencing®. O resultado foi avaliado a partir dos discursos dos indivíduos durante o processo terapêutico, proveniente da utilização das ferramentas do SE®. O resultado da aplicação desse método como processo terapêutico ofereceu aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de superação através da autorregulação fisiológica e de liberação gradual e segura da energia traumática. Como o SE® é uma opção a ser utilizada na política de atenção à saúde do trabalhador, surge, então, uma tecnologia leve a ser utilizada como uma nova possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

Palavras-chave: Transtorno do estresse pós-traumático. Análise do discurso. Somatic Experiencing®.

RESUMEN

El trastorno de estrés p s traumático (TEPT) se caracteriza por síntomas de sensación persistente de entorpecimiento, disminución del involucramiento o de la reacción que el individuo tiene del mundo que le cerca, rechazo a actividades y a situaciones que le recuerdan el episodio traumático. Creese que el TEPT puede ser amenizado o tratado utilizándose la Somatic Experiencing  (SE ), que es un método naturalista, creado por Peter Levine, PhD, psicólogo y doctor en biofísica médica, que viene dedicándose al estudio del trauma por más de cuatro décadas. Se trata de un estudio de tipo analítico, con intervención terap utica, con un abordaje cualitativo, en que se utiliza el método de análisis de discurso de línea francesa, que objetiva analizar el discurso de los servidores públicos federales portadores de estrés postraumático se somet   a terapia SE  como una nueva tecnología de tratamiento. Para la colecta de datos de la pesquisa, fueron realizadas sesiones individualizadas que se pasaron en una clínica apropiada del servicio público, con duración de 60 minutos. La técnica de colecta fue empleada con base en el prontuario individual y en los discursos de los sujetos, y la análisis del corpus, a través de la Análisis del Discurso de P cheux. Cada sesión terap utica fue gravada, transcrita y considerada como una unidad de análisis basada en los procedimientos de tratamiento del TEPT con el método de la Somatic Experiencing . El resultado fue valorado a partir de los discursos de los individuos durante el proceso terap utico, procedente de la utilización de las herramientas del SE . El resultado de la aplicación de ese método como proceso terap utico ofrece a los sujetos de la pesquisa la oportunidad de superación a través de la autorregulación fisiológica y de liberación gradual y segura de la energía traumática. Como el SE  es una opción a ser utilizada en la política de atención a la salud del trabajador, surge, entonces, una tecnología leve a ser utilizada como una nueva posibilidad de mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Palabras-claves: Trastorno de estrés p s traumático. Análisis del Discurso. Experiencia Somática.

ABSTRACT

The post traumatic stress disturbance (PTSD) characterizes themselves by persistent sensations symptoms of numbness, the involvement reduction or the reaction that the individual has from the world that rounds him, rejection to the activities and the situations that remind him the traumatic episode. Believes that the PTSD can be soften or treated by take on the Somatic Experiencing® (SE®), that is a naturalist method, created by Peter Levine, PhD, psychologist and doctor in Medical Biophysics, that comes dedicating himself to the trauma study for more than four decades. It deals about an analytic study, with therapy intervention, with qualitative approach, in which is utilized the speech analysis method on the french line, that intends analyze the discourse of federal public servants carry PTSD underwent SE® therapy as a new treatment technology. For the datas research colect, were realized individual sessions that happened in an appropriate clinic of the public service, that takes about 60 minutes duration. The collection technique was used based in individual handbook and in the subjects speeches, and the corpus analysis, through the Pêcheux Speech Analysis. Each therapy session was recorded, transcribed and considered as an analysis unit based in the procedures of the PTSD treatment with the Somatic Experiencing® Method. The result was evaluated as from the individuals speeches during the therapeutic process, originating from the SE® tools utilization. The application result of this method as a therapeutic process offered to the research subjects the oportunity of overcoming through the physiological self regulation and gradual liberation and safe traumatic energy liberation. As the SE® is an option to be utilized on the political of attention to the worker health, so, comes up, a light technology to be utilized as a new possibility to improve the workers' life quality.

Key words: Post Traumatic Stress Disturbance. Speech Analysis. Somatic Experiencing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Rede de resposta nuclear (RRN).....	44
Figura 02 – Sistema nervoso simpático e parassimpático.....	46
Figura 03 – Caminho do trauma no cérebro.....	47
Figura 04 – Resposta ao estresse traumático.....	48
Figura 05 – Elementos que compõe o SE.....	50
Figura 06 – Des-potencialização dos círculos de feedback.....	55
Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Roteiro sumarizado do Protocolo para TEPT com SE® em 18 sessões.....	53
Quadro 2 – Enunciados para recortes discursivos.....	73
Quadro 3 – Situação geral de TEPT baseada nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).....	74
Quadro 4 – O estressor traumático tenha provocado intenso medo, impotência ou terror no ambiente de trabalho, baseado nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).....	76
Quadro 5 – Reexperimentações e revivências do evento traumático com repercussão no trabalho baseadas nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013).....	80
Quadro 6 – Comportamentos de evitação e entorpecimento em relação ao trabalho baseados nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013).....	87
Quadro 7 – Hiperativação autonômica com sintomas persistentes não ocorridos antes de o evento traumático ter ocorrido no trabalho, baseados nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013).....	93
Quadro 8 – A duração dos sintomas do quadro 3, 4 e 5 deve ser superior a um mês, com base nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).....	99
Quadro 9 – Sintomas que causaram sofrimento ou prejuízo ao funcionamento social, laborativo ou em outras áreas importantes da vida dos sujeitos, baseados nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIAT.....	100
Quadro 10 – Reexperimentações e revivências do evento traumático com repercussão na vida pessoal baseadas nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).....	104
Quadro 11 – Comportamentos de evitação e entorpecimento com repercussão na vida pessoal, baseado nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); NETTO (2013).....	109
Quadro 12 – Hiperativação autonômica com sintomas persistentes não ocorridos antes do evento traumático, que repercutiram na vida pessoal dos sujeitos da pesquisa, com base nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013).....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

14 SRPRF/PB –	14ª Superintendência da Polícia Rodoviária Federal na Paraíba
ABIN/PB –	Superintendência Estadual na Paraíba da Agência Brasileira de Inteligência
ACT –	Acordo de Cooperação Técnica
AD –	Análise de Discurso
ANATEL –	Agência Nacional de Telecomunicações
CEP/HULW –	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley
CGU/PB –	Controladoria Regional da União no Estado da Paraíba
CJU/AGU –	Consultoria Jurídica da União
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho
CTP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CVSPAF/PB –	Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado da Paraíba
DFDA/MDA –	Delegacia Federal do Desenvolvimento Agrário na Paraíba
DMS IV –	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª Edição
DMS V –	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição
DNIT/PB –	Superintendência Regional de Infraestrutura de Transporte no Estado da Paraíba
DPU/PB –	Defensoria Pública da União
DRFB/PB –	Delegacia da Receita Federal do Brasil
FUNASA –	Fundação Nacional de Saúde
IBAMA –	Superintendência do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente na Paraíba
IBGE –	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMBIO/PB –	Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade
IF/PB –	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba
INSS –	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS/PB –	Instituto Nacional de Seguridade Social (Perícia Odontológica)
MF/PB –	Ministério da Fazenda da Paraíba

MPOG –	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PASS –	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PB –	Estado da Paraíba
PF/AGU –	Procuradoria Federal
PFN/PB –	Procuradoria da Fazenda Nacional na Paraíba
PU/AGU –	Procuradoria da União
RJU –	Regime Jurídico Único
SAMF/PB –	Superintendência de Administração do Ministério da Fazenda na Paraíba
SE [®] –	Somatic Experiencing [®]
SFA/PB –	Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento na Paraíba
SIASS –	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIPEC –	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SRTE/PB –	Superintendência Regional do Trabalho e do Emprego
SRPF/PB –	Superintendência Regional do Departamento de Polícia Federal na Paraíba
SRPU/PB –	Superintendência Regional do Patrimônio da União no Estado da Paraíba
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT –	Transtorno do Estresse Pós-traumático
UFPB –	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 GERAL.....	28
2.2 ESPECÍFICOS.....	28
3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	29
3.1 O MUNDO DO TRABALHO ATUAL E A ESPECIFICIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO.....	29
3.2 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT).....	35
3.3 MÉTODO SOMATIC EXPERIENCING®	40
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	57
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	63
5.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	63
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	63
5.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	64
5.4 FORMAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	65
5.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	66
5.6 CONDIÇÃO DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	66
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
6 ANÁLISE DO CORPUS.....	69
6.1 O CENÁRIO E OS SUJEITOS.....	69
6.2 REPERCUSSÕES NO TRABALHO.....	75
6.3 REPERCUSSÕES NA VIDA PESSOAL.....	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	118

ANEXO A.....	133
ANEXO B.....	153
ANEXO C.....	115
ANEXO D.....	157
ANEXO E.....	158
ANEXO F.....	163
ANEXO G.....	169

1 INTRODUÇÃO

"Ver o trauma como um simples processo incompleto, e não, como um dano permanente restabelece a esperança" (GINA ROSS, 2014).

Ao longo da história da humanidade, os seres humanos têm sido vítimas dos mais diversos tipos de trauma, ocorridos tanto na vida pessoal quanto no trabalho. Estima-se que um grande número de indivíduos, em algum momento da vida, apresenta algum sofrimento psíquico e que a exposição ao trauma, historicamente, aparece na literatura, na arte e em diversas áreas. Porém há uma diferença entre a vivência de alguma forma de sofrimento psíquico e a experiência real de situações traumáticas vivenciadas pelo próprio sujeito ou pessoas próximas dele.

Estudos epidemiológicos em população global de países apontam uma prevalência de 50 a 90% de situações potencialmente traumáticas ao longo da vida das pessoas, enquanto se estima que o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) da população em geral pode chegar entre oito e dez por cento (PERES 2009).

Existem várias situações que podem ser consideradas traumáticas e que, de acordo com a quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), o evento estressor traumático pode ser definido como uma situação de estresse intenso que foi experimentada, que também pode ter sido testemunhada ou confrontada, em que houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela.

Este estudo enfoca o sofrimento psíquico no contexto da saúde do trabalhador, uma vez que essa forma de sofrimento tem afetado a vida e a saúde dos trabalhadores. Como o campo da saúde do trabalhador faz parte da área da saúde pública, requer uma atenção específica dos profissionais que trabalham com saúde mental no contexto do trabalho.

Nesse contexto do trabalho, quando se enfoca especificamente a saúde do trabalhador no cenário do setor público federal, requer que se compreenda a natureza desse trabalho e como esses indivíduos estão inseridos nesse campo específico de atividades do setor público. Como esse trabalhador desenvolve suas enfermidades no trabalho, ou seja, identificar o nexo causal que levou ao adoecimento, especificamente, ao adoecimento mental.

Estudar a saúde do trabalhador, mais especificamente em relação ao serviço público federal, é procurar entender as transformações que vêm ocorrendo ao longo dos anos e afetando a saúde mental desses indivíduos.

De acordo com o que dispõe o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civil da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, servidor público é o indivíduo legalmente investido em um cargo público (BRASIL, 1990), regido pelo chamado Regime Jurídico Único (RJU) e, como tal, é denominado de estatutário. Atualmente, devido à complexidade de problemas existentes no serviço público federal, no que tange ao adoecimento psíquico, é necessário criar políticas públicas para tratar e prevenir complicações em situações traumáticas.

É nesse cenário em que a equipe de saúde deve buscar identificar, considerando todas as suas características específicas na dinâmica da organização do trabalho, o que ocasionou o sofrimento psíquico dos trabalhadores que atuam no serviço público federal.

As questões pertinentes aos saberes e aos fazeres em saúde mental no trabalho têm despertado o interesse de diversos seguimentos, como gestores, técnicos e estudiosos, no que diz respeito às causas, às consequências e às intervenções (BRASIL, 2010b).

O governo federal também se interessou pela saúde mental dos servidores públicos federais, e através de um fórum e de uma consulta pública no sítio do Subssistema Integrado de Assistência à Saúde do Servidor (SIASS), normatizou a Portaria SRH/MP nº 1261 de 05.05.10, que estabelece diretrizes e ações nas áreas de promoção da saúde, assistência terapêutica, reabilitação e informação, formação, comunicação e pesquisa em saúde mental (BRASIL, 2010a).

É muito importante entender os modos das relações de trabalho de que o trabalhador faz parte, assim como os processos de trabalho dos diversos serviços públicos existentes no Brasil com suas especificidades. Na organização do trabalho, por meio das relações interpessoais no ambiente, o indivíduo pode encontrar condições satisfatórias para a sua saúde psíquica. Por outro lado, se essa organização estiver doente, poderá se tornar uma fonte propícia para o desenvolvimento de psicopatologias.

Segundo Bianchessi *et al* (2014), geralmente as pessoas que assumem cargos de chefia nos órgãos públicos não estão preparadas para assumir compromisso de tal envergadura nem para compreender a influência do trabalho

sobre a saúde mental, ou até mesmo indispostas a tratar de temas relacionados aos processos de trabalho que, em muitas circunstâncias, têm relação com o adoecimento dos trabalhadores.

A falta de sentido do trabalho para o indivíduo e o não reconhecimento do desempenho pelos colegas ou pelos chefes podem ser uma fonte geradora de ameaça à integridade física e/ou psíquica, que é determinante para o sofrimento psíquico, porque o trabalho e seu ambiente são fundamentais na dinâmica dos investimentos afetivos dos trabalhadores. Por outro lado, quando esse ambiente de trabalho é satisfatório, passa a ser uma fonte de prazer, alegria e saúde (JARDIM; RAMOS; GLINA, 2010).

Para Lancman e Sznokwar (2011), os sofrimentos advindos dos embates que surgem em situações de trabalho têm relação com a dinâmica da organização do trabalho e suas dificuldades ou com os conflitos que ela provoca entre os indivíduos. Portanto, as organizações doentes são aquelas que se apresentam como um ambiente de trabalho com relações conflituosas, tensas e que causam sofrimento, principalmente nas relações interpessoais.

Segundo Dejours (1992), é na organização do trabalho que surge o sofrimento mental, e as relações de poder, as questões de responsabilidade, as modalidades de comando e o sistema hierárquico têm uma ação determinante no sistema psíquico, assim como a divisão do trabalho, o conteúdo das tarefas, entre outros. O sofrimento psíquico, além de ocasionar problemas graves na vida produtiva do trabalhador, deixa sequelas profundas em sua vida pessoal, pois, como afirmam Sampaio e Messias (2010), esse sofrimento se caracteriza pela dificuldade que o sujeito tem de operar planos e definir sentidos para sua vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio.

Pagotti e Godoy Pagotti (2007), em seu estudo com trabalhadores de instituições federais de ensino público constataram a latência de situações que podem ser problemáticas, principalmente por causa das situações ocupacionais reveladas quanto ao sentimento de incapacidade de relaxar ante as pressões do trabalho. Nervosos, esses professores têm medo de que aconteça o pior e se queixam de estar emocionalmente esgotados, demonstrando variadas formas de sofrimento psíquico.

Neves, Brito e Athayde (2010) identificaram em uma pesquisa que fizeram com professoras que atuavam no serviço público, na cidade de João Pessoa-PB,

relações de sinais e sintomas de sofrimento psíquico, como depressão, desânimo, fadiga, frustração, impotência, irritações e angústias. Essa questão remete ao pensamento de Lancman e de Sznekwar (2011) sobre a questão da linguagem e suas condições intersubjetivas específicas que, segundo esse autor, ganha vigor quando a palavra é dirigida aos outros. Isso significa dizer que se pode falar sem dizer nada. Normalmente, é entre os colegas que são expressos, por meio da oralidade, os sofrimentos vivenciados no ambiente de trabalho, sejam eles de natureza física ou psíquica.

Merlo (2014) assevera que os pacientes costumam chegar ao serviço de saúde para se consultar com queixas inespecíficas que podem ser encontradas em diversas patologias. Isso dificulta para os profissionais de saúde que não compreendem o fato de o papel do trabalho na saúde mental chegar a um diagnóstico específico. Dentre as queixas mais comuns mencionadas, a primeira é a insônia, acompanhada de *dor nas costas*, uso regular de bebidas alcoólicas, de cannabis (maconha), ou de medicação de efeito tranquilizante; a segunda, de natureza física, envolve astenia, dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite, entre outros; a terceira, as emocionais: irritabilidade exacerbada, angústia, quadro de ansiedade, excitação e melancolia, entre outros; a quarta queixa é vinculada aos aspectos intelectuais, como distúrbios de concentração e da memória e dificuldades de tomar decisões e iniciativa; por último, vêm as queixas comportamentais, como hábitos alimentares modificados, quadros de comportamentos violentos e agressivos, introspecção e dificuldades para contribuir no trabalho.

Para o sucesso do tratamento do TEPT adquirido no ambiente de trabalho, é necessário identificar precisamente como a doença se instalou. Araújo e Neto (2014), ao se referir à categorização das enfermidades, afirmam que a observação, um processo por meio do qual se compartilham sinais e sintomas, possibilita a formulação de diagnósticos que auxiliam a identificar a causa de determinada patologia, o prognóstico de sua evolução e o planejamento terapêutico.

Nesse contexto, o TEPT, que é descrito na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde no CID-10, F43.1 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993), sob o ponto de vista de Dorigo e Lima (2007), é o único sobre o qual existe consenso entre as correntes que fazem parte do campo da saúde mental no trabalho. Para os pesquisadores, é um transtorno que,

independentemente de sua filiação teórica, pode manter uma relação de causalidade direta com o trabalho. Atualmente, o TEPT é um problema de saúde pública que vem afetando a vida pessoal e familiar de muitas pessoas que sofrem no silêncio sem saber a quem recorrer e que tipo de tratamento procurar, e quando o fazem, estão com seu quadro de saúde comprometido e/ou sem perspectiva de resolutividade.

De acordo com o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), o TEPT se manifesta da seguinte maneira: sensação persistente de entorpecimento - pode-se dizer de dissociação; diminuição do envolvimento ou da reação ao mundo que o cerca; rejeição às atividades e às situações que lembram o evento traumático; estado de excitação autonômica aumentada com hipervigilância presente; reações exacerbadas aos estímulos e quadro de insônia; sintomas ansiosos e depressivos instalados; ideia suicida; abuso de álcool e de outras drogas; episódios dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressividade, desencadeados por estímulos que despertam uma recordação e/ou revivescência súbita do trauma ou da reação que o originou.

As pessoas acometidas pelo TEPT procuram o serviço hospitalar ou psiquiátrico em busca de solução para seu transtorno. Não raras vezes, usam uma grande quantidade de medicamentos e não encontram a solução adequada. O trauma não tratado com uma terapêutica eficaz pode trazer consequências graves para a vida pessoal e profissional desses servidores e comprometer profundamente sua qualidade de vida, bem como suas relações interpessoais, seja no âmbito de seu mundo privado ou no ambiente de trabalho.

Esta pesquisa parte da premissa de que o sofrimento psíquico ocasionado pelo TEPT pode ser amenizado e até mesmo eliminado por meio do Somatic Experiencing® (SE®), um método terapêutico naturalista, desenvolvido por Peter A. Levine, PhD, psicólogo e doutor em Biofísica Médica. Esse pesquisador vem estudando os efeitos do trauma por mais de quatro décadas. O SE® é fundamentado na educação somática, na psicoterapia de orientação corporal e na compreensão da neurofisiologia, que comprova a dinâmica de interconexões entre o corpo, o cérebro e a mente, baseado em estudos realizados por Peter Levine na área ontológica e na neurociência (SILVA; LEVINE, 2010).

Ao observar que, na selva, os animais são rotineiramente ameaçados e raramente são traumatizados, os autores supracitados concluíram que, ao liberar

totalmente a alta ativação das energias contidas no sistema nervoso autônomo (SNA), os animais selvagens geram uma hiperativação autonômica, que é mobilizada para a sobrevivência do animal em momentos de ameaça imediata e depois, quando passa essa ameaça, o SNA reassume o funcionamento normal. Esse mecanismo é denominado de reorientação, que corresponde a uma capacidade inata e instintiva daqueles animais, por meio da qual se resolve o trauma.

Segundo Levine (2012), o SE[®] ajuda a criar estados fisiológicos sensoriais e afetivos que modificam os estados que surgem de medo e desespero. Isso acontece quando o indivíduo acessa suas reações instintivas por meio da conscientização das sensações corporais físicas, ou seja, a sensopercepção corporal. Tal processo ocorre por meio do estímulo à capacidade de autorregulação, que ajuda esse indivíduo a lidar com o seu estado de ativação e suas emoções mais difíceis e dá a base do equilíbrio entre uma autonomia autêntica e uma sociabilidade saudável para esses indivíduos.

Remetendo à saúde dos servidores públicos federais, objeto desta pesquisa, há que se considerar que, não raras vezes, esses trabalhadores sofrem situações de estresse pós-traumático no ambiente de trabalho. E como não dispõem de mecanismos individuais e coletivos para eliminar a energia retida no sistema nervoso autônomo, na perspectiva de um ambiente favorável e/ou estratégias institucionais preventivas desse tipo de acometimento da sua saúde, essas situações de sofrimento psíquico se refletem negativamente no âmbito privado e no próprio ambiente de trabalho desse servidor.

Nesse sentido, partindo da premissa de que o SE[®] é um método que contribui significativamente para resolver o TEPT, no contexto da saúde do servidor público federal, poderá ser utilizado como uma nova forma de tratamento, como uma perspectiva de inovação de tecnologias de cuidado em saúde. Para contribuir com a problemática apresentada, propõe-se, neste estudo, uma nova tecnologia baseada no método SE[®] para tratar os portadores de TEPT adquirido no ambiente de trabalho.

Ao se abordarem as novas tecnologias em saúde, há que se pontuar a discussão sobre as tecnologias em saúde que, neste estudo, são explicitadas sob o ponto de vista de Merhy e Franco (2003).

Esses autores mencionam três tipos de tecnologia: as inscritas nos instrumentos, que se identificam como tecnologias duras; as leve-duras, que dizem respeito ao conhecimento técnico; e as tecnologias leves, de caráter relacional, pois compreendem a forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, todos implicados com a produção do cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Sob a ótica dessa concepção de organização dos processos de trabalho em saúde, na constituição do Modelo Assistencial de Saúde, os trabalhadores de saúde, ao realizar o cuidado, operam um núcleo tecnológico, composto de uma forma de trabalho denominada de trabalho morto, uma vez que esse trabalho opera com a dimensão instrumental e o que se denomina de trabalho vivo, que atua na dimensão da ação.

Notadamente, o SE[®], como forma de tratamento, ao se remeter à conceituação dos autores Merhy e Franco, insere-se no contexto da tecnologia leve. Isso porque o método do SE[®] caracteriza-se, essencialmente, pela interação entre os cuidadores e os cuidados. Levine (2012) assevera que os profissionais ou terapeutas adeptos do somatismo dão aos pacientes/clientes um *feedback* meticuloso em forma de sugestões, para que explorem as sensações corporais que surgirem durante seu processo terapêutico.

A motivação para esta pesquisa reside na vivência da autora, servidora pública federal, que atua na área de Gestão de Pessoas, em cuja experiência cotidiana foi possível ouvir, por meio de relatos de colegas, histórias de sofrimento vivenciadas no ambiente de trabalho, principalmente ocorridas em Instituições de Ensino Superior (IES). Muitas vezes, os relatos desses colegas de diversos setores expressavam sentimentos de esgotamento, a ponto de expressarem sensação de cansaço e de estresse mesmo depois de voltarem de férias.

Na tentativa de compreender as diversas formas de enfermidades a partir dos relatos das pessoas sobre o que estavam sentindo, através de estudo sobre o assunto e de diálogos com outros colegas do trabalho, a pesquisadora adquiriu experiência sobre o adoecimento no ambiente de trabalho e ampliou seu conhecimento quando atuou como Presidente da Comissão de Implantação da Política de Saúde Ocupacional da Instituição Pública Federal à qual é vinculada e percebeu a importância de se pesquisarem caminhos na área de saúde mental no

trabalho, com vistas a minimizar o sofrimento psíquico dos servidores públicos federais.

Ao longo de sua carreira profissional, a pesquisadora foi acometida por um quadro de estresse acentuado, que a levou ao esgotamento total com depressão e ansiedade generalizada e precisou ser internada. Só depois, foi mais bem avaliada e diagnosticada como um quadro de TEPT adquirido no ambiente de trabalho. Essa experiência motivou, em parte, a escolha desse tema como objeto de estudo. Tal fato a levou a compreender o sofrimento psíquico e a importância de se pesquisar e aprofundar a questão da saúde mental dos trabalhadores que atuam nos órgãos públicos federais, porque, como aconteceu com ela, essa doença pode passar despercebida ou ser diagnosticada como outra patologia.

A escolha dos servidores públicos federais como sujeitos da pesquisa se justifica, inicialmente, pela carência de estudos com propostas intervencionistas desenvolvidas com esse público, na área de saúde mental, fato observado durante a participação da autora no Fórum de Saúde Mental na Administração Pública Federal, ocorrido em Brasília em 2009.

Portanto, ao se refletir sobre esse tema, levantam-se alguns questionamentos: Sabe-se que a precarização do trabalho tem sido um fator importante para o adoecimento da população trabalhadora no Brasil. Principalmente no que se refere às psicopatologias, não podemos deixar de citar o trauma sofrido no ambiente de trabalho. No Brasil, muitos trabalhadores que estão adquirindo doenças mentais não têm retornado ao seu ambiente de trabalho, por falta de uma política pública que contemple a reabilitação dos que são atingidos por enfermidades mentais nesse âmbito (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Assim, estabeleceu-se a seguinte questão-problema: **Durante o processo de tratamento terapêutico com a utilização do SE[®], quais as repercussões que ocorrem na vida pessoal e profissional do servidor público federal portador do TEPT?**

Há que se ressaltar que, como o SE[®] é um importante instrumento naturalista para resolver situações traumáticas, pode ser aplicado na população de servidores públicos federais com diagnóstico de TEPT, na perspectiva de melhorar sua vida, diminuir o absenteísmo e contribuir para que voltem o mais rápido possível ao seu trabalho. Essa volta rápida ao trabalho não se configura neste estudo, apenas pela diminuição do absenteísmo, como estratégia de contribuir para salvaguardar os

interesses institucionais, como o desfalque do quadro de funcionários e a diminuição de gastos públicos com a saúde dos seus servidores.

Para além do interesse em otimizar os recursos das instituições públicas federais, destacam-se o direito à saúde dos servidores, que são os maiores e mais importantes recursos de qualquer ambiente de trabalho, e o direito inalienável de todo cidadão brasileiro a trabalhar em condições seguras e de ser considerado um ser produtivo para o desenvolvimento da sociedade onde se encontra inserido. Isso resultará em satisfação no trabalho e sentimento de pertencimento e identidade cultural e social desses trabalhadores. Portanto, parte-se do pressuposto de que a utilização do SE[®] para intervir na recuperação da saúde do trabalhador será um novo caminho a ser trilhado, para que os servidores das instituições públicas federais superem seus traumas.

Acredita-se que os procedimentos adotados nesta pesquisa possam ajudar os servidores públicos federais a se reencontrarem na diversidade imposta pelos desafios dos seus ambientes de trabalho e a ressignificar as situações que o levaram a adquirir o TEPT, deixando-os livres da complexa teia de sentimentos e situações que caracterizavam o seu aprisionamento interno durante um tempo, que, para esses sujeitos, parece uma eternidade. Esta pesquisa é pioneira, pois não foram encontrados estudos sobre tratamento com SE[®] em indivíduos que adquiriram TEPT no ambiente de trabalho nem com o enfoque de servidores públicos federais.

Esta pesquisa é sobremaneira importante por considerar o SE[®] como um método utilizado, cada vez mais, por profissionais, no Brasil e no exterior. Para aplicar esse método terapêutico, os profissionais devem ser formados pelo Somatic Experiencing Trauma Institute (SETI), instituição criada por Peter Levine, representada no Brasil pela Associação Brasileira do Trauma - ABT, cujos resultados têm sido positivos no tratamento do trauma e vêm sendo apresentados em eventos promovidos por essa associação. Contudo, no que tange às pesquisas acadêmicas, ainda são incipientes. Por essa razão, o poder público federal deve investir mais em estratégias de promoção e proteção da saúde de seus servidores, para atender às demandas sociais dessa categoria profissional. A relevância científica e social desta pesquisa se justifica porque apresenta uma nova tecnologia no cuidado em saúde para tratamento do TEPT.

No que diz respeito à estrutura, esta tese foi organizada em seis capítulos e as considerações finais. O referencial teórico utilizado para a pesquisa encontra-se nos Capítulos 1, 3 e 4.

No Capítulo 1, apresentam-se os conceitos e as reflexões sobre o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) adquirido no ambiente de trabalho. A literatura especializada sobre essa temática foi utilizada para contextualizar e possibilitar a compreensão do fenômeno e suas consequências. O capítulo 2 traz os objetivos gerais e os específicos e um esclarecimento sobre o escopo do estudo e o que se pretende alcançar. No capítulo 3, cujas bases teóricas se ancoram nas conceituações sobre trabalho, sobre o TEPT e sobre a forma de tratamento com a utilização da Somatic Experiencing, é feita uma abordagem sobre o mundo do trabalho atual e a especificidade do serviço público, assim como o TEPT e esse método, o quadro do TEPT e a relação com o mundo do trabalho na literatura; o tratamento do TEPT, em que se utiliza a Somatic Experiencing® como um método naturalista e se descreve todo o processo de tratamento do trauma com mecanismos de funcionamento, aspectos neurofisiológicos envolvidos, seus efeitos e benefícios em potenciais, e a aplicabilidade desse método nos casos de TEPT, discutida com base em seus efeitos de ativação e dos mecanismos naturais de autorregulação e a restauração homeostática.

O capítulo 4 apresenta o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de origem francesa, com base nos estudos realizados por Michel Pêcheux. Esse referencial atua como lanternas que iluminam os achados empíricos da pesquisa, consubstanciando-se como um consistente aporte teórico para as análises dos resultados. A relevância da escolha da AD e sua aplicabilidade na área da saúde é apresentada nesse capítulo de forma propositiva, tornando-se passível de apreciação dos leitores da presente pesquisa.

O capítulo 5 trata do delineamento metodológico da pesquisa, da natureza do estudo, do seu cenário e dos sujeitos; descreve a formação do material empírico, assim como a análise do material empírico e sua condição de produção. Por fim, aborda e os aspectos éticos da pesquisa.

O capítulo 6 apresenta e discute os resultados obtidos com a pesquisa e traz duas formações discursivas e quadros com fragmentos dos recortes dos discursos dos sujeitos, de acordo com a concepção teórico-metodológica da Análise do

Discurso. Simultaneamente, esses discursos são analisados com base nos resultados obtidos com a aplicação do método Somatic Experiencing®.

A última parte trata das considerações finais, em que se analisam brevemente as conquistas do estudo, sua importância e abrangência e traz algumas propostas de ampliação deste estudo na área de saúde do trabalhador, com foco no servidor público federal.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a discursividade dos servidores públicos federais portadores de TEPT submetidos à terapêutica de SE[®] como uma nova tecnologia de tratamento.

2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos servidores públicos federais portadores de TEPT, através dos dados dos prontuários do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS);
- Realizar sessões terapêuticas individuais com servidores públicos federais portadores de TEPT, utilizando ferramentas específicas do método de SE[®];
- Discutir sobre as repercussões ocorridas na vida pessoal e profissional dos servidores públicos federais, no processo de tratamento do TEPT, com a utilização do SE[®].

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1 O MUNDO DO TRABALHO ATUAL E A ESPECIFICIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO

Tudo o que adentra o mundo humano, por si próprio, ou para ele, é trazido pelo esforço humano, torna-se parte da condição humana. (ARENDT, 2010, p. 11)

Para abordar a contento a questão do serviço público, são necessárias algumas considerações sobre o mundo do trabalho, no Brasil atual, e como esse serviço se insere nesse contexto.

O trabalho é definido como uma troca entre o homem e a natureza, e o material que provém dela é modificado em sua forma, de acordo com as necessidades dos homens. Assim, o trabalho se incorpora ao homem. De acordo com Arendt (2010), Marx deixa claro que estava falando da relação fisiológica em que o trabalho e o consumo são dois estágios do ciclo vital.

Falando da relação entre labor e trabalho, Arendt (2010) afirma que ambos caminham tão próximos que quase se confundem e se destacam:

A necessidade de subsistir comanda tanto o trabalho quanto o consumo; e o trabalho, quando incorpora, “reúne” e “mistura-se” corporalmente às coisas fornecidas pela natureza, realiza ativamente aquilo que o corpo faz mais intimamente quando consome seu alimento. Ambos são processos devoradores que se apossam da matéria e a destroem (op. cit, 2010 p. 123).

Arendt (2010) acrescenta que, na era moderna, o *labor* (trabalho) é entendido como fonte de valores, sem que sejam considerados o labor de nosso corpo e o trabalho de nossas mãos. Assim, na sociedade capitalista, as discussões sobre o trabalho direcionam-se para a questão da produção.

O capitalismo atual é marcado pelo mercado global, pelo uso de novas tecnologias, novas maneiras de organizar o tempo, sobretudo o tempo de trabalho, com uma economia política caracterizada pelo desejo pessoal de liberdade, em repulsa à rotina burocrática e à busca da flexibilidade. Porém, esses aspectos criaram novas estruturas de poder e de controle, em vez de condições de liberdade (SENNETT, 2011).

Apesar de a nova organização do trabalho ter diminuído o esforço físico, ela está fundamentada na utilização de tecnologias de ponta, o que exige mais esforço mental do trabalhador. No atual modelo, as relações se caracterizam pela competitividade, em um ambiente que deve alcançar os melhores resultados utilizando-se cada vez menos recursos. Isso acarreta um grande esforço de adaptação e compromete o bem-estar e a satisfação do trabalhador. Consequentemente, aparecem estresse, ansiedade, depressão e enfermidades mentais (ALKIMIN, 2012).

Esse é um fato relevante, visto que o homem passa a maior parte de sua vida no ambiente de trabalho, e para resguardar sua saúde e garantir condições adequadas para desenvolver seus atributos pessoais, morais e intelectuais, é fundamental que tal ambiente seja sadio e equilibrado. Esse entendimento justifica uma tendência de preocupação com a saúde mental do trabalhador, que requer cuidados com a satisfação pessoal, profissional e social, a valorização do trabalho e o resgate da dignidade humana (ALKIMIN, 2012).

Trabalhar em um ambiente tenso e sob pressão, onde a comunicação é falha, e as relações humanas são de má qualidade, sem reconhecimento nem valorização pessoal, com uma chefia autoritária, excesso de trabalho e/ou condições precárias, é um fator responsável pelo aparecimento do estresse ocupacional e consequente esgotamento físico e mental, que expõe o trabalhador a patologias diversas e a adoecer com frequência (ALKIMIN, 2012).

De maneira geral, todos os trabalhadores, inclusive os servidores federais, foram submetidos ao avanço tecnológico e às novas formas de exploração responsáveis por contextualizar as principais mudanças ocorridas no mundo do trabalho (FIGUEIREDO, ALEVATO, 2012; RIBEIRO, MANCEBO, 2013; PONCE, 2014). O trabalho e a profissão são responsáveis por parte dos fatores essenciais para a satisfação e o bem-estar na vida. Por meio do trabalho, o homem tanto pode ter suas necessidades básicas atendidas quanto adquirir sofrimentos que são fatores de risco para sua saúde (NUNES; LINS, 2009).

No Brasil, existem dois tipos de vínculos empregatícios: os estatutários e os celetistas. Chama-se de estatutário o trabalhador que se encontra sob o Regime Jurídico Único (RJU), antes chamado de funcionário público e, atualmente, servidor público, e celetistas, os regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Considera-se servidor público o trabalhador que, depois de ser aprovado em concurso público, exerce uma função ou um cargo público (SILVA, 2013).

Embora sejam regimes trabalhistas distintos, as reformas administrativas ocorridas nas últimas décadas no serviço público tendem ao modelo do setor privado, visando acompanhar a aceleração advinda do processo de globalização e internacionalização da economia (REZENDE, 2002; PAULA, 2005). Tais reformas se intensificaram em meados dos anos 1990, considerado um período desfavorável, tendo em vista que o cenário do serviço público encontrava-se inoportuno para mudanças, principalmente em decorrência da desmotivação dos servidores por causa dos insucessos das reformas anteriores, das indefinições na carreira e das limitações estruturais que se perpetuavam. Além disso, os escândalos de corrupção e a ineficiência do Estado marcantes nessa época contribuíram para gerar um processo de desvalorização e fragilização da imagem do funcionalismo público (FERREIRA, 1996; MARTINS, 1997; ABRUCIO, 2007; RIBEIRO, MANCEBO, 2013). (PONCE, 2014).

A sociedade costuma construir uma imagem do servidor público como alguém que não gosta muito de trabalhar, sempre rodeado de papéis, desenvolvendo atividades burocráticas, sem resolutividade, no entanto, não analisa as condições em que ele está inserido, caracterizadas por redução de investimentos, cortes de verbas e mau uso dos bens públicos (SILVA, 2013).

Em 2009, contabilizavam-se, aproximadamente, 528.000 servidores públicos nativos do Executivo Civil Federal em nosso país, distribuídos nos 27 estados da Federação. O estado com o maior contingente de servidores públicos federais era o Rio de Janeiro, com o dobro de servidores da capital federal, Brasília (NUNES; LINS, 2009). Esses servidores estão distribuídos da seguinte maneira: 182.033 lotados no Ministério da Educação; 106.193, no Ministério da Saúde, e apenas 237 no Ministério do Esporte, o que demonstra uma diversidade na Administração Pública Federal (COUTINHO; ALBUQUERQUE, 2013).

A rotina é um sério problema enfrentado no serviço público. Atualmente, a sociedade moderna tem reagido contra o tempo rotineiro e burocrático, que pode paralisar o trabalho, o governo e outras instituições. A natureza repetitiva do trabalho apazigua o trabalhador e ameaça degradar o caráter humano em suas próprias profundezas. O caráter se forma a partir da história e de seus fatos imprevisíveis, logo, quando se estabelece uma rotina, a imprevisibilidade fica restrita e

compromete o desenvolvimento do caráter do homem (SENNETT, 2011). Embora seja comprometedora, a rotina, além de degradar e decompor o trabalho, protege e compõe uma vida. É possível perceber, com clareza, o presente imediato, quando se faz a mesma tarefa horas a fio. Por isso, para se proteger do malefício da rotina, o trabalhador deve perceber o futuro de forma mais ampla, que, inclusive, pode ser mudado (SENNETT, 2011).

Apesar de o servidor público federal não estar exposto ao risco de demissão sumária, encontra-se exposto a outros tipos de instabilidade e precarização do trabalho, como a privatização de empresas públicas, por exemplo, demissões, terceirização de setores dentro da empresa e a deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público (NUNES; LINS, 2009).

Embora o cenário se apresentasse desfavorável a mudanças, o processo de redemocratização influenciou o serviço público quanto à construção de um modelo de gestão pública capaz de tornar o Estado “mais aberto às necessidades dos cidadãos brasileiros, mais voltado para o interesse público e mais eficiente na coordenação da economia e dos serviços públicos” (PAULA, 2005, p. 37). (PONCE, 2014).

Ao longo da história, houve um avanço por parte do governo quanto aos cuidados com o servidor federal. Na área da seguridade social, existem ações normativas e interventivas que visam melhorar a qualidade de vida e do trabalho desse servidor. Mesmo assim, pouco se tem estudado acerca da figura do trabalhador do serviço público, o que requer uma análise crítica de sua ligação com o Estado e o modo de gestão ao qual está submetido. Percebe-se que a imagem do servidor público tem sofrido variações socialmente positivas importantes, depois da perda do emprego vitalício, substituído pela obrigatoriedade da aprovação em concurso público, o que prediz uma capacitação e qualificação (NUNES; LINS, 2009).

Além do ambiente de competitividade profissional introduzido pelos novos modelos de gestão, o servidor público enfrenta um duelo interno relacionado à divisão de classes sociais dentro das instituições do Estado. Embora sejam todos servidores do mesmo poder público, vivenciam uma constante tensão política em que cada um defende os próprios interesses, seja da categoria ou do segmento (SILVA, 2013).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolveu um estudo que mostra um futuro pessimista para os próximos 20 anos relacionado ao impacto psicológico nos trabalhadores das novas políticas de gestão na organização do trabalho vinculada às políticas neoliberais. Em seus resultados, a pesquisa mostra que as relações de trabalho terão, predominantemente, depressão, estresse, angústia, desajustes familiares e outros danos psíquicos. Importante destacar que outros estudos apontam que, no Brasil, cerca de 36% da população economicamente ativa sofre de assédio moral no trabalho (FELKER, 2007).

O assédio moral é uma agressão silenciosa, moral ou psicológica, que acontece no ambiente de trabalho e pode desestabilizar a vítima a ponto de atingir sua saúde e sua vida pessoal. Nessa modalidade de violência, o empregado passa a ser exposto a situações que o constroem e humilham e têm o objetivo de, em longo prazo, discriminar e/ou excluir a vítima do ambiente de trabalho. Quando o sujeito agressor é o empregador ou o chefe, tem-se aí um caso de assédio vertical; quando o assédio parte de um colega de trabalho, configura-se o assédio horizontal. Suas manifestações podem incluir isolamento, indiferença, agressões verbais e, até, humilhações (RAMOS E GALIA, 2013).

Tamanha a consequência do assédio moral na sociedade que alcançou relevância jurídica de abrangência mundial. No Brasil, há iniciativas de intervenção em todas as esferas de governo. Inicialmente, no município de Iracemápolis, estado de São Paulo, editou-se a Lei 1.163/00, que prevê penalidades para a prática de assédio moral no âmbito da Administração Pública. Em 2002, com o mesmo objetivo, foi criada a Lei 3.921, no Rio de Janeiro. Para o estado de São Paulo, elaborou-se um projeto de lei que disciplina e combate o assédio moral. Na esfera federal, destaca-se o projeto de lei 4.591/01, que altera a Lei 8.112, de 11.12.1990 e apresenta a aplicação de penalidades para o servidor público da União, das autarquias e das fundações públicas federais que praticarem assédio moral (ALKIMIN, 2012).

As principais consequências para o trabalhador assediado são: prejuízos para a saúde psíquica e física, distúrbios psicossomáticos causados pelo stress, desmotivação, isolamento e prejuízos emocionais de todas as ordens; prejuízos no convívio familiar e social, que comprometem a qualidade de vida dentro e fora da empresa; baixa autoestima pessoal e profissional, que gera sentimentos de

indignidade, inutilidade e de desqualificação e aumento ou queda da produtividade - o primeiro, como tentativa de fugir da situação degradante ou temor do desemprego, e a última, resultado de ambiente desfavorável ao desenvolvimento de suas potencialidades (FERREIRA, 2004).

Apesar do quadro clínico bem definido, não há como afirmar que os impactos desses acontecimentos sejam os responsáveis pelo aumento dos adoecimentos e das aposentadorias por invalidez constatado entre os servidores (BRASIL, 2005a; 2005b), mas se pode dizer que há tipos de serviços em que a pressão passou a ser cada vez maior. Estudos seguem demonstrando não só o crescente adoecimento, mas também o predomínio dos problemas relacionados a transtornos mentais, musculoesqueléticos e às neoplasias malignas (CARNEIRO, 2006; SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; NOGUEIRA *et al.*, 2010; FERREIRA, 2010; SILVA *et al.*, 2012; FIGUEIREDO, ALEVATO, 2012).

Mesmo sendo possível constatar tantos danos à saúde do servidor público, eles nunca tiveram uma legislação eficaz que os protegesse do adoecimento. Desde o princípio de sua existência, a política de prevenção ao adoecimento do servidor público apresentava-se frágil, em comparação com as iniciativas para proteger os trabalhadores celetistas. Tal fato se agravou por causa da falta de uma regulamentação, para se aplicar de maneira heterogênea nos diferentes órgãos federais. Por essa razão, foram constatadas situações extremas no que tange à atenção voltada para a saúde do servidor, com órgãos que prestavam um excelente serviço de prevenção ao adoecimento e proteção à saúde e outros sem nenhuma atividade nessa área. Entre os extremos, havia uma infinidade de modelos adotados pelas instituições, mas sem que um norte fosse dado pelo Governo Federal (COUTINHO; ALBUQUERQUE, 2013).

Em resposta a essa realidade, o Governo anunciou a criação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), com o intuito de consolidar ações na área de saúde e de segurança no trabalho dos servidores públicos federais (BRASIL, 2010b), em meio à diversidade de práticas e à ausência delas nesse campo, e de reduzir o relevante número de aposentadorias por invalidez e adoecimentos constatados nessa categoria profissional (BRASIL, 2005b).

Como estratégia para implementar as ações e os projetos da PASS, em 2009, foi criado o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)

(BRASIL, 2010b), cujo objetivo é de “coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores” (BRASIL, 2009; PONCE, 2014).

As unidades do SIASS são responsáveis por articular os recursos existentes e apresentar propostas de medidas para a implementação das ações da PASS, sustentada pelos eixos vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde (BRASIL, 2010b; PONCE, 2014).

3.2 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

O ferimento do estresse pós-traumático é uma ferida emocional e maleável à atenção e a transformações curativas (LEVINE, 2012, p.44).

O trauma é considerado uma dor potencialmente profunda, que causa grande sofrimento humano. E embora seja um fato inerente à vida, pode atingir um indivíduo em qualquer idade e em diferentes situações.

O conceito de trauma com conotações psicológicas data do Século XIX, e as experiências traumáticas só foram consideradas um problema de saúde no Século XX. Em 1881, Carl Moeli, psiquiatra alemão, estudando sobreviventes de acidentes ferroviários, descreveu quadros psiquiátricos graves provocados por lesões físicas leves. Essa pode ter sido a primeira descrição do que hoje reconhecemos como TEPT, que só foi reconhecido como diagnóstico médico oficial há, aproximadamente, 35 anos (MELLO; FIKS, 2011).

Devido à falta de um diagnóstico no qual se pudessem enquadrar os veteranos da guerra contra o Vietnã, para que o governo americano pagasse tratamentos psíquicos e pensões, associado ao trabalho consistente dos efeitos da guerra e da violência no psiquismo humano desenvolvido pelo psiquiatra Robert Jay Lifton, a Associação Norte-americana de Psiquiatria se sentiu pressionada a publicar, em sua 3ª edição (DSM1-III), em 1980, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, que foi incluído no capítulo dos transtornos de ansiedade, tendo como condição o aparecimento dos sintomas depois da exposição a evento incomum de extrema violência (MELLO; FIKS, 2011).

¹ DSM: sigla em inglês para designar *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Apesar de o diagnóstico de TEPT ser bem recente na Psiquiatria, no Egito, por volta de 2000 a. C., já se encontravam registros compatíveis desse transtorno decorrentes de eventos estressores. Também na Grécia antiga, onde havia recordações intrusivas e culpa em guerreiros, podiam-se observar características do TEPT (MELLO *et al.*, 2006).

Segundo Netto *et al* (2010), a prevalência do TEPT na população mundial varia significativamente entre os países dos cinco continentes. Nos EUA, é de, aproximadamente, 8%; na faixa de Gaza, 18%; na Argélia, 37%. Não há, ainda, estudos epidemiológicos sobre a prevalência de TEPT na população brasileira, mas se sabe que quase 50% da população sofre de algum transtorno psiquiátrico não psicótico no curso de sua vida, com uma prevalência de 31,7% de transtornos de ansiedade.

Netto (2013), através da Experiência Somática (SE[®]), vem realizando pesquisas e está utilizando um protocolo de sua autoria para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático, prática desenvolvida há anos na Clínica Social Mãe Providência. Além disso, sob sua coordenação e supervisão, vários terapeutas voluntários vêm realizando estudos sobre psicopatologia dos transtornos de ansiedade, categoria diagnóstica utilizada como critério de inclusão para o público-alvo da Clínica Social Mãe Providência.

Pesquisa realizada por Lopes e Braidy (2016, p.30), na Clínica Social Mãe Providência, concluiu que, nos atendimentos realizados entre 2011 e 2014 sobre a prevalência dos transtornos de ansiedade, foram triados 192 pacientes, que obtiveram os seguintes achados:

46% foram acometidos por transtorno de estresse pós-traumático; 23% por transtorno de ansiedade generalizada; 14% por transtorno de pânico e 17% por outros transtornos ansiosos (transtorno de estresse agudo, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, fobias específicas e transtorno alimentar).

Os autores supracitados afirmam que, no meio da etiologia dos transtornos de estresse pós-traumático, foram identificados: 25% por causa de conflitos conjugais e familiares; 24%, de casos por violência urbana e doméstica; 13%, por motivo de luto; 13%, por tentativa ou abuso sexual; 12%, por difamação ou assédio moral; 9%, luto por violência urbana, e 4%, por acidentes, cirurgias e DORT. Pesquisa tem demonstrado que a maioria das pessoas expostas a eventos

traumáticos não desenvolve TEPT. A prevalência estimada de TEPT é de 11%, entre as mulheres, e de 5,5%, nos homens. Nos Estados Unidos, foi estimada uma prevalência ao longo da vida de oito 8 e 12% (BOTEGA, 2012).

A literatura tem buscado explicar as razões pelas quais as mulheres são mais vulneráveis a desenvolver TEPT. Alguns autores afirmam que as características especificamente femininas tornam as mulheres mais susceptíveis ao TEPT, no entanto, outros discordam e afirmam que o gênero, em si, não é suficiente para justificar a vulnerabilidade, mas, na verdade, alguns tipos de traumas mais frequentes entre as mulheres (como o abuso sexual e o estupro) é que fazem com que a incidência do TEPT acabe aparecendo mais predominante nesse público (DANTAS; ANDRADE, 2008). As experiências de violência sofrida pelo ser humano são consideradas a base para o diagnóstico de TEPT, concebida como seu grande fator estressor e causador, de maneira que não se tem como dissociar eventos traumáticos de agressividade (MELLO *et al.*, 2006).

Não existem dados da prevalência do TEPT nos grandes centros urbanos brasileiros, porquanto os profissionais da área de saúde pouco utilizam o conceito de TEPT e preferem os transtornos adicionais desse diagnóstico, como os de ansiedade, depressão, dissociação, pânico, entre outros. Isso pode decorrer do próprio desconhecimento ou simplesmente por preferência diagnóstica. Porém, a pesquisa sobre os sintomas do TEPT deve ser priorizada sempre que na anamnese do paciente houver o relato de alguma experiência traumática violenta (MELLO *et al.*, 2006).

Esses transtornos adicionais são comuns em indivíduos portadores de TEPT e são chamados de comorbidades². Na prática cotidiana dos profissionais de saúde, no caso do TEPT, é difícil identificar e diferenciar a comorbidade. Esse déficit no diagnóstico de TEPT, de forma precisa, tem trazido problemas significativos para a população, visto que relatos de eventos traumáticos são frequentes em diversas situações, mas passam despercebidos pelas autoridades de saúde no Brasil. Apesar de as taxas de prevalência serem baixas, em relação ao quantitativo de eventos traumáticos, o TEPT gera um impacto considerável nas populações em geral. Isso sugere que deve ser considerado como um problema de saúde pública, o que faz merecer a criação de políticas específicas (MELLO *et al.*, 2006).

² Comorbidade: Quando duas ou mais doenças estão etiológicamente associadas no mesmo paciente.

Pode-se dizer que esse é um problema de saúde pública, quando os episódios de trauma passam a ocorrer com frequência, pois o DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) descreve que as experiências traumáticas são bastante usuais no transcorrer de qualquer vida e que existe uma vasta e complexa associação de fatores críticos ligados a mais resiliência ou vulnerabilidade perante o evento estressor.

A principal característica do TEPT é o aparecimento de sintomas específicos, após a exposição a um evento estressor extremo, que pode variar desde uma experiência pessoal real de morte até uma ameaça à integridade física. O indivíduo responde de maneira patológica, através de medo intenso, desespero ou horror (MELLO *et al.*, 2006). A memória de um fato estressante é sempre mais vivida por aqueles que o vivenciaram. No TEPT, essa memória chega a ser vivida de forma intrusiva e se manifesta em flashbacks, a ponto de se tornar disfuncional e de atrapalhar a vida da pessoa (MELLO; FIKS, 2011).

O TEPT pode ser caracterizado pela expressão de sintomas centrais de revivência, esquiva e excitabilidade aumentada. Na experiência de revivência, o indivíduo apresenta recordações angustiantes intensas e vívidas do evento de maneira recorrente e intrusiva, como os flashbacks dissociativos. O processo de esquiva pode ser constatado pela tentativa de evitar locais, pessoas ou até pensamentos que estejam associados ao evento estressor, provocando um entorpecimento emocional. Na manifestação da excitabilidade aumentada, ou seja, a hiperestimulação autonômica, a insônia, a irritabilidade, a hipervigilância e as reações de sobressalto aumentam (MELLO; FIKS, 2011; NETTO, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

É importante observar se o aparecimento de quadro psicobiológico exuberante, com sintomas imediatos à experiência vivida de um fato traumático ocorre até 30 dias do evento. Nesse caso, trata-se de um transtorno de estresse agudo. Os sintomas só poderão ser classificados como TEPT se passarem desse período ou aparecerem depois dos 30 dias do evento (MELLO; FIKS, 2011; NETTO, 2013).

Além de todos os prejuízos causados pelo TEPT, o indivíduo pode ser acometido por algum transtorno psiquiátrico adicional, que pode ser comprovado em 88,3% dos homens e em 79% das mulheres. Tais transtornos adicionais podem

variar entre depressão, outros transtornos de ansiedade e o abuso de substâncias psicoativas (DANTAS; ANDRADE, 2008).

A prática do exercício profissional pode expor o indivíduo a microtraumas cotidianos que agredem e vulnerabilizam as defesas do organismo e podem propiciar enfermidades em decorrência do efeito cumulativo, que variam desde alterações no comportamento, que desencadeiam ou agravam o absenteísmo, a drogadição, distúrbios do sono, tabagismo e consumo de cafeína, até alterações dos sistemas musculoesqueléticos, vegetativo, endocrinológico e imunológico (CAMARGO, CAETANO, GUIMARÃES, 2010).

Consideram-se estressores psicossociais no trabalho o excesso de atividades associado à pressão de tempo e trabalho repetitivo; a existência de conflito de papéis entre subordinados e superiores; a falta de apoio social oriundo da chefia, dos colegas e da família; estressores físicos, como produtos químicos e ruídos; a tecnologia de produção em série, que gera trabalhos automatizados e trabalhos em turnos (CAMARGO, CAETANO, GUIMARÃES, 2010).

A Organização Mundial de Saúde estima que, no mundo, cerca de 30% dos trabalhadores apresentam transtornos mentais menores, e 5 a 10% apresentam transtornos mentais graves (CAMARGO, CAETANO, GUIMARÃES, 2010). Esses autores dividem as síndromes psiquiátricas relacionadas ao trabalho em não orgânicas, quando desencadeadas por conflitos emocionais vinculados às condições e à organização do trabalho, e orgânicas, quando decorrentes de lesões ou intoxicações que produzem alterações cerebrais. Os transtornos não orgânicos mais conhecidos são o causado por estresse pós-traumático e a síndrome de burnout.

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza, entre as doenças relacionadas ao trabalho, no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, que, nos trabalhadores que sofreram situações descritas no conceito da doença, em circunstâncias de trabalho, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, excluídas outras causas não ocupacionais, pode ser considerado uma doença profissional ou relacionada ao trabalho (BRASIL, 2001).

Visando atender à demanda de servidores públicos federais que são acometidos de transtornos mentais, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão criou a portaria SRH nº 1261, de 5 de maio de 2010 (ver anexo F), que “institui os Princípios, as Diretrizes e as Ações em Saúde Mental que visam orientar

os órgãos e as entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC - da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores” (BRASIL, 2010a).

Considerando o que preconiza a portaria mencionada, vale ressaltar que, em seu artigo 3º, inciso III, cabe garantir, nas unidades integrantes do SIASS, “oferecimento de apoio e suporte aos processos terapêuticos do servidor, por meio de atendimentos individuais e coletivos, promovendo a autonomia e a inserção laboral.” E continua no capítulo de reabilitação, no artigo 4º, inciso III, que se deve assegurar a realização de intervenções terapêuticas não medicalizantes para que os quadros clínicos apresentados pelos servidores acometidos por transtornos mentais se estabilizem (BRASIL, 2010a).

Os profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador, em especial, os com qualificação para atuarem na área de saúde mental, devem intervir com uma terapêutica não medicalizante, para reabilitar os servidores públicos às suas atividades laborais. Por acometer o indivíduo com um quadro clínico recheado de sintomas físicos e mentais, o estresse pós-traumático deve ser tratado com uma terapêutica naturalista, que contribua para que ele retome suas atividades laborais com uma vida melhor.

3.3 MÉTODO SOMATIC EXPERIENCING®

“O corpo dá início, e a mente dá sequência” (LEVINE, 2012, p.130).

O estresse e o trauma são eventos naturais da vida que podem ocorrer com qualquer pessoa, independentemente de idade, condição social ou sexo. A ocorrência de situações traumáticas não resolvidas pode se transformar em um transtorno na vida de um indivíduo. Estar acometido por um trauma não significa, necessariamente, ficar aprisionado nele para o resto da vida, pois, como afirma Levine (2012, p. 27), a “vida não é denominada por um ‘transtorno’, mas por um *ferimento que pode ser transformado e curado!*”.

Levine (1999) conceitua o trauma como um evento que traz uma sobrecarga para o organismo ter condição de sobreviver e que provoca uma impressão no sistema nervoso. O trauma não é proveniente do evento em si, mas da capacidade subjetiva de cada indivíduo de lidar com as experiências vividas ao longo de sua

história, ou seja, a resiliência³ do organismo no enfrentamento de situações ameaçadoras. O trauma acontece quando nos sentimos muito amedrontados e somos fisicamente contidos ou nos percebemos encarcerados. Congelamos, ficamos paralisados, e/ou entramos em um desamparo avassalador (LEVINE, 2012). Pode-se dizer que o trauma se sustenta na desorganização da fisiologia corporal, uma vez que são registrados todos os acontecimentos, com toda a sua carga emocional, as sensações e as percepções. Segundo Levine (2010), estudos realizados na área da Psicofisiologia demonstram que eventos traumáticos causam desequilíbrio fisiológico e emocional.

Para Ross (2014), existem três tipos de trauma: o trauma de choque, que ocorre devido a um acontecimento inesperado, rápido demais para que o sistema nervoso assimile. Deflagra medo intenso, desamparo e perda de controle, desorganizando o sistema nervoso. Geralmente, as pessoas em choque ficam trêmulas e desorientadas; o trauma de desenvolvimento, que advém da negligência, da inconsistência ou do abuso na relação da criança com seus pais ou cuidadores. Pode ser consequência de negligência ao abuso físico e/ou emocional; e o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), uma disfunção decorrente de acontecimentos traumáticos não resolvidos e geradores de sintomas ansiosos. As pessoas que não puderem superar o acontecimento traumático por qualquer motivo poderão desenvolver TEPT, quando os sintomas físicos e mentais persistirem por mais de um mês após a ocorrência do trauma, de acordo com o DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

Atualmente surgiu uma nova tecnologia para tratar o trauma - a Somatic Experiencing® (SE®) - um método terapêutico e naturalista cujas bases são a etologia e a neurociência. Foi desenvolvido pelo Dr. Peter Levine, um norte-americano que obteve o título de doutor em Psicologia pela Internacional University, PhD em Física Médica e Biologia pela Universidade da Califórnia em Berkeley em 1942 e Diretor da Organização em Educação e de investigação sem fins lucrativos, a *Foundation of Human Enrichment* (FHE) e *Somatic Experiencing™ Trauma Institute* (SETI), localizado em Boulder, Colorado, nos Estados Unidos, e a Associação Brasileira de Trauma (ABT), representante de SE® no Brasil e na América do Sul (RIFO, 2011; ROSSI, 2016).

³ Resiliência é um termo emprestado da Física. Quando usado na saúde mental, significa a capacidade do indivíduo de lidar com problemas e superá-los.

Portanto um método integrativo que estuda o estresse e o trauma e vem sendo pesquisado por mais de 40 anos, com contribuições originais do Dr. Peter Levine para o campo da Psicoterapia corporal. Esse pesquisador foi homenageado em 2010, ao receber o prêmio Lifetime Achievement, da United States Association for Body Psychotherapy (USABP), pelos trabalhos realizados. Nesse mesmo ano, também foi agraciado como membro honorário da cadeira de Davis Reis em Psiquiatria infantil, por sua contribuição contemporânea e inovadora para terapia com crianças e adolescentes. Peter Levine foi consultor da *National Aeronautics and Space Administration* (NASA), trabalhou com o estresse dos ocupantes dos transportes espaciais e é autor de seis livros, entre eles, destaca-se o best-seller, *O Despertar do Tigre: curando o Trauma* — que foi publicado em 24 idiomas e vendeu mais de 250.000 cópias. Atualmente, existe mais de 12.000 profissionais que participaram da formação em SE[®] nos seis continentes do mundo. (RIFO, 2011; ROSSI, 2016; SOMATIC EXPERIENCING™ TRAUMA INSTITUTE-SETI, 2016).

A formação de SE[®] é designada para ampliar as qualidades de profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, entre outros) que trabalham com indivíduos que foram traumatizados ou que passaram por experiências traumáticas, tanto no âmbito da saúde física quanto da mental. O currículo da formação é igual em todos os países do mundo onde os cursos de SE[®] são realizados, e as mesmas apostilas são utilizadas (ROSSI, 2016).

Trata-se, portanto, de um método de trabalho clínico, baseado na compreensão de que os animais, em seu habitat natural - a selva - são raramente traumatizados, embora suas vidas sejam ameaçadas todos os dias. Enquanto isso, os humanos, mesmo estando em seu ambiente natural, facilmente ficam traumatizados. A habilidade que os animais selvagens têm de descarregar totalmente a alta ativação das energias mobilizadas para a sua sobrevivência e, depois de reassumirem o funcionamento normal (reorientação), aponta para uma capacidade inata e instintiva de resolver o trauma, que também é compartilhada pelos humanos (LEVINE, 1999).

Com base na premissa de que os seres humanos têm a mesma capacidade de liberar as energias mobilizadas em seus processos de sobrevivência que os demais animais, e não o fazem, surgiu o SE[®], um método pioneiro na terapia de resolutividade para situações traumáticas, cuja compreensão é de que o trauma está no corpo, ou, como afirma Levine (1977,1999), no sistema nervoso, e não, no

evento. Um evento ocorrido na vida de um indivíduo pode ser muito traumático para um e não o ser para outro, uma vez que as formas de lidar com as situações penosas são diferentes e dependem da vulnerabilidade do sistema nervoso de cada pessoa.

No método do SE[®], o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) é a chave para o tratamento do trauma, porquanto, quando as respostas neurofisiológicas de luta ou fuga são frustradas, levam o organismo a se contrair e a passar para o estado de congelamento ou imobilidade tônica⁴. Portanto, o trauma é um processo fisiológico e autonômico, regido por estruturas cerebrais (LEVINE, 1999; LEVINE, 1977).

Para Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), o SE[®] difere de terapias cognitivas, porque sua principal estratégia intervencionista compreende o processamento de baixo para cima (corpo/mente) e direciona a atenção do cliente para sensações internas do organismo, tanto viscerais (interocepção) quanto músculo-esqueléticas (propriocepção e sensações cinestésicas), totalmente contrárias às experiências cognitivas primárias ou emocionais. O SE[®] vem se destacando como uma terapia que trabalha com as sensações corporais, e seu foco é a resolução de sintomas de estresse crônico e estresse pós-traumático. Por causa de suas teorias e técnicas sofisticadas e precisas, oferecem uma maneira de compreender os processos que ocorrem tanto em relação aos efeitos saudáveis, sejam mentais, emocionais e fisiológicos, quanto em relação às inundações de pensamentos ou dissociações que podem ocorrer quando as memórias traumáticas surgem.

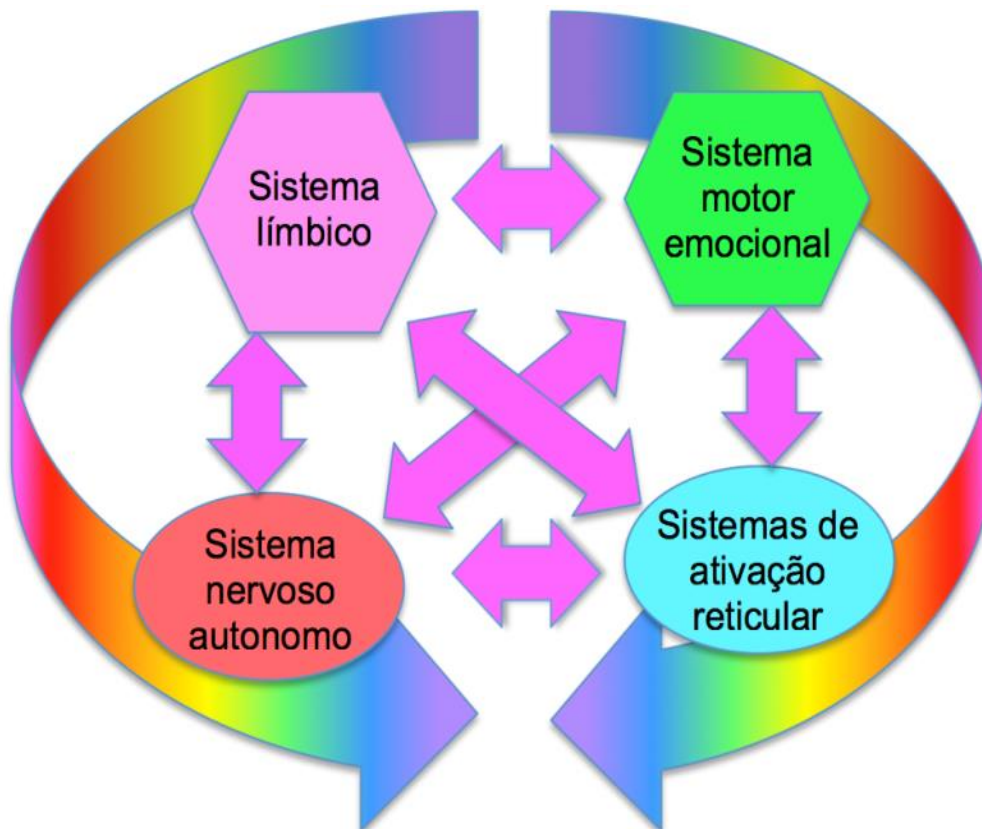
Quando as memórias traumáticas se manifestam, ocorre alterações neurofisiológicas que, segundo Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), fazem com que o sistema ergotrópico (em busca de energia) englobe a ativação do sistema nervoso simpático e do sistema motor e pré-morto, responsável por aumentar a tensão muscular e por preparar a ação. Enquanto isso, o sistema endócrino, que controla o aumento das secreções de vários hormônios do estresse, e o sistema nervoso central aumentam o alerta sensorial em um preparo coordenado para o gasto intenso de energia, denominado de mecanismo de luta ou fuga. Em contrapartida, o sistema trofotrópico, em busca de nutrição envolve esses mesmos sistemas em um preparo para o repouso, a alimentação e a restauração.

⁴ “Os etologistas chamam esse estado de “default” de paralisia, de imobilidade tônica (IT)” (LEVINE, 2012, p.56).

Consequentemente, quando o trauma é instalado, produz efeito comandado por estruturas subcorticais, de maneira que as terapias essencialmente verbais se mostram ineficientes em curto prazo (MANCINI; BONANNO, 2006). Corroborando esse pensamento, Levine (2012, p.54), falando sobre o resultado do tratamento do trauma, afirma que “abordagens terapêuticas que negligenciam o corpo, concentrando-se, sobretudo, nos pensamentos (processamento ‘de cima para baixo’), serão, consequentemente, limitadas.”

De acordo com Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), diferentemente da psicoterapia convencional, cujo foco é essencialmente em processos cognitivos verbais, a proposta do método do SE[®] é direcionada para os níveis mais profundos e reguladores do sistema nervoso, em especial, o sistema nervoso autônomo (SNA); o sistema emocional motor; os sistemas de ativação reticular (RAS) e o sistema límbico (LS). Essas quatro estruturas subcorticais formam o que se denomina de rede de resposta nuclear (RRN), como demonstrado na figura 01.

Figura 01 – Rede de resposta nuclear (RRN)



Fonte: Retirada e traduzida de Payne, Levine e Crane-Godreau (2015, p.03)

A RRN demonstrada na figura 01 ajuda a compreender a inter-relação que ocorre no sistema psicológico, no neurológico, no imunológico e no endócrino, uma vez que, como enunciam Payne, Levine e Crane-Godreau (2015, p.03),

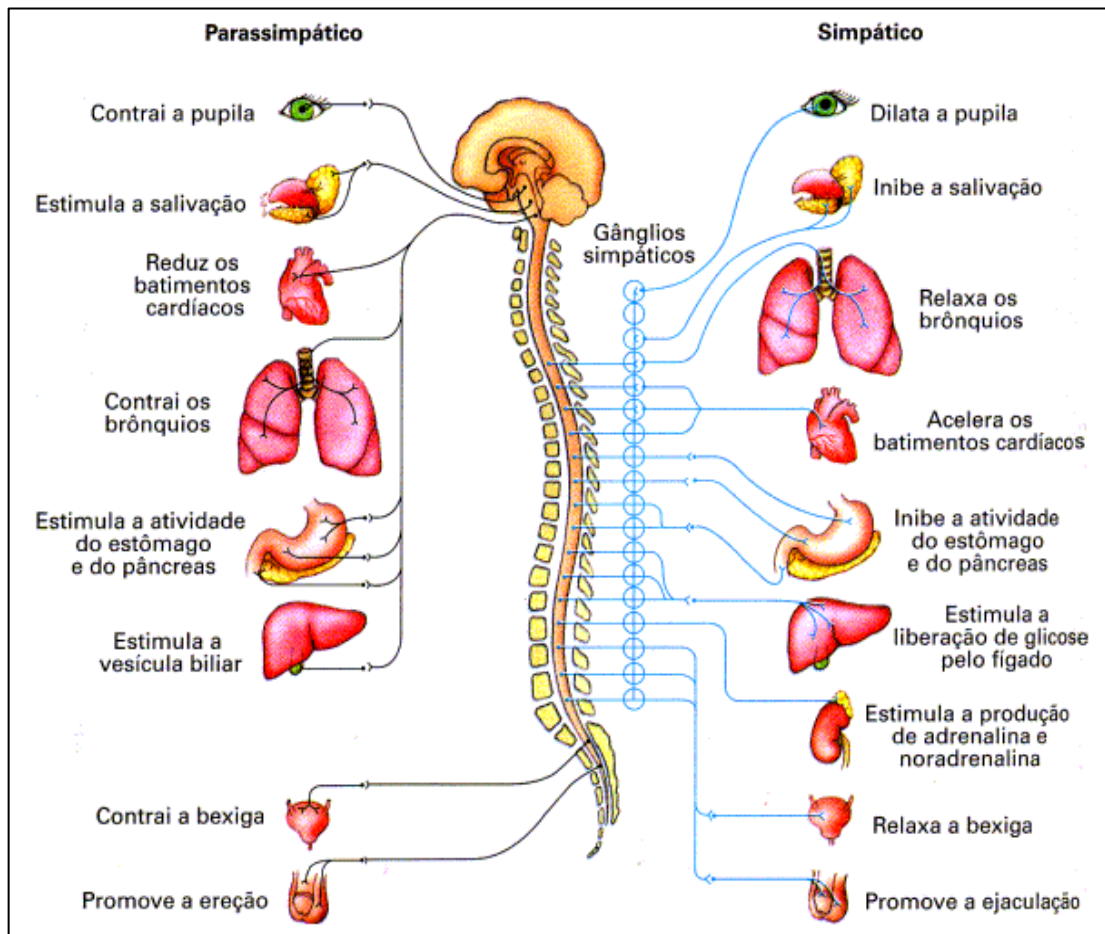
organiza a resposta imediata, instintiva aos desafios ambientais, antes da grande transformação cortical. Ele inclui o sistema nervoso autonômico (hipotálamo), o sistema límbico emocional (amígdala, hipocampo, região do septo), o sistema motor emocional (porções dos gânglios da base, núcleo rubro, substância cinzenta periaquedutal), e os sistemas de ativação reticulares. Todos esses sistemas interagem intensamente através de múltipla retroalimentação (feed-back) e conexões de alimentação, formando um sistema dinâmico complexo, que pode entrar em vários estados funcionais e disfuncionais discretos.

Como causam reações neurofisiológicas com diversas reações corporais desreguladas, o estresse e o trauma requerem um método terapêutico que seja direcionado para resolver esses sintomas corporais. Assim, o SE[®] vê o RRN como o centro que é modificado pelas intervenções terapêuticas, por elas atuarem nas memórias subcorticais. Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) sugerem que os pensamentos conceptuais conscientes no RRN são relativamente fracos e indiretos, ao mesmo momento em que a influência das partes do córtex que fazem mediação da percepção interoceptiva, proprioceptiva e cinestésica é relativamente forte e direta.

Portanto, quando uma resposta de luta ou fuga é bruscamente interrompida, e o indivíduo passa para o estado de congelamento, essa energia desprendida, sensório-motora, fica retida no sistema nervoso e cria uma memória de procedimento de longa duração do evento traumático.

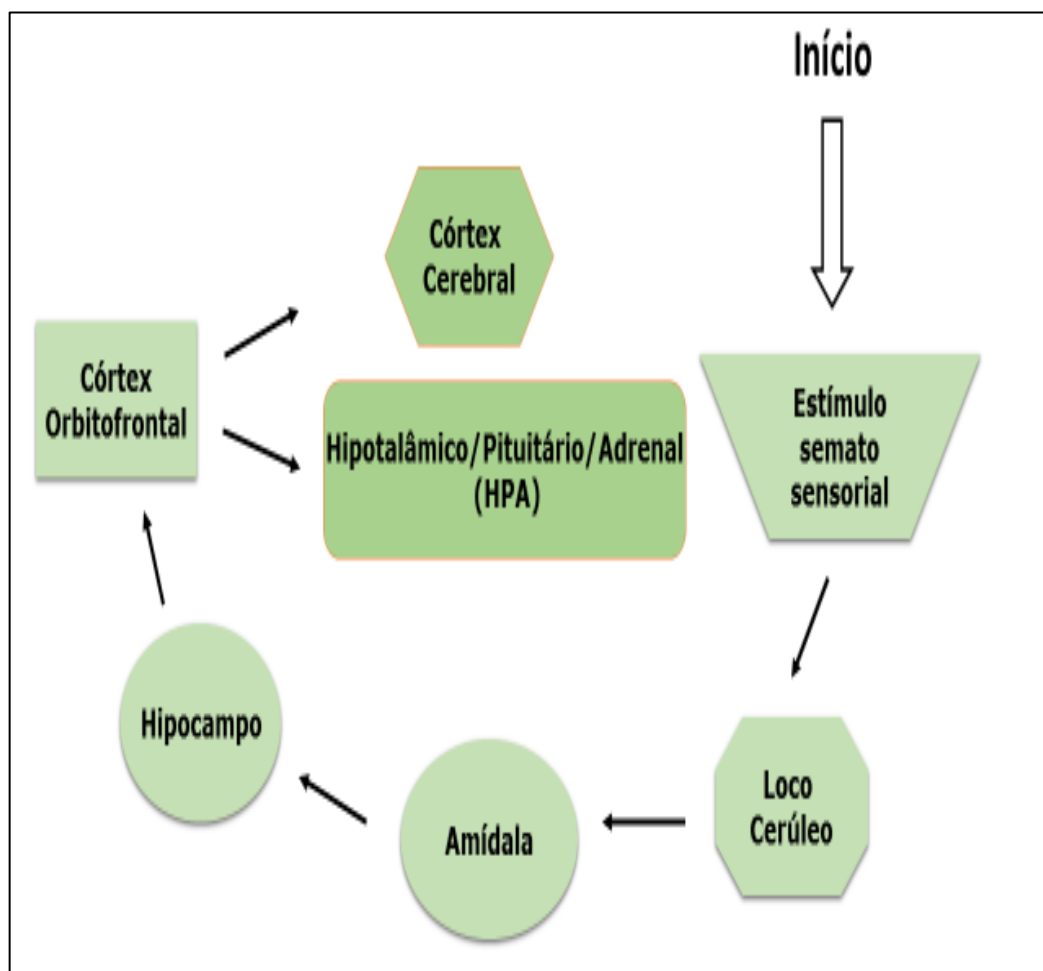
As memórias denominadas procedurais, ou de procedimentos, são aquelas que têm capacidade ou habilidade motora e sensorial. Segundo Izquierdo (2011, p. 87), “o estado de ânimo, as emoções, o nível de alerta, a ansiedade e o estresse modulam fortemente as memórias. ” Quando as memórias procedurais, geram um estado de estimulação contínuo do sistema simpático e parassimpático, os quais exercem ação antagônica sobre os órgãos que enervam (ver figura 02).

Figura 02 – Sistema nervoso simpático e parassimpático



Fonte: Figura retirada de Lopes (2002)

Para Levine (1999; 2012), o estresse pós-traumático não é considerado uma doença neuropsicológica permanente, mas uma distorção funcional, com uma experiência profunda de desconforto ou desordem e largamente reversível nos caminhos somáticos, autonômicos e de múltiplas direções que unem o corpo e a mente. Esse caminho do trauma no cérebro pode ser visualizado na figura 03, que descreve esse percurso no sistema nervoso.

Figura 03 – Caminho do trauma no cérebro

Fonte: Arquivo pessoal da autora

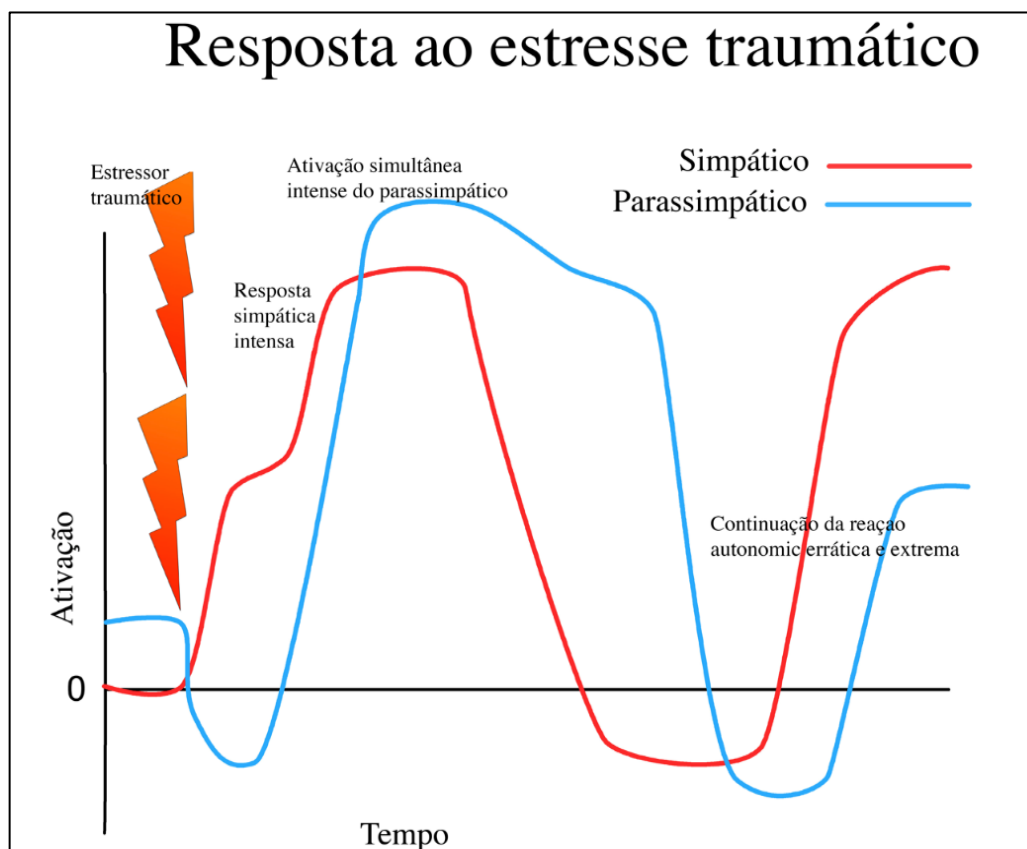
Pode-se perceber, na figura 03, que o trauma altera o desempenho normal e a função fisiológica nos sistemas neurais, neuroquímicos e hormonais, relacionados também à memória subcortical.

Há que se ressaltar que, como o trauma vem carregado de sentimentos, no nível mental, e de emoções, no nível corporal, traz uma carga muito forte para o indivíduo, pois, segundo Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), os processos de pensamento aparentemente racionais são fortemente influenciados por estados emocionais. O pensamento consciente e os processos emocionais inconscientes têm uma reciprocidade, porquanto um influencia o outro. Isso quer dizer que os processos emocionais igualmente influenciam o estado físico, em nível pré-motor, da mesma forma que o estado do corpo molda a resposta emocional.

Em sua tese realizada no Doutorado, Levine (1977) relatou que o sistema nervoso autônomo e suas estruturas subcorticais relacionadas formam um sistema

complexo dinâmico e que um acontecimento traumático é definido como um evento que causa uma desregulação de longo prazo no sistema nervoso autônomo e no sistema nervoso nuclear extrapiramidal. Para esclarecer essa desregulação no sistema nervoso autônomo, Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) descrevem uma intensa ativação simultânea do sistema simpático e do parassimpático que ocorre nos casos em que o ser humano está em condições de ameaça de vida e indica um modelo para o congelamento, o colapso e a dissociação, que são frequentemente observados em TEPT, conforme podemos ver na figura 04.

Figura 04 – Resposta ao estresse traumático



Fonte: Figura retirada e traduzida de Payne, Levine e Crane-Godreau (2015, p.06)

A resposta ao estresse traumático ocorre diante uma situação que é extremamente ameaçadora e em que o indivíduo se sente ameaçado e extrapola a capacidade do seu organismo reagir de forma a completar o processo natural de resposta de sobrevivência, ou se a resposta for impedida de alguma maneira:

Ocorre, primeiramente, uma grande ativação simpática (ergotrópica) com perda do tônus vagal. Se o desafio continuar, há de repente

uma intensa ativação simultânea do sistema parassimpático (vago dorsal) e do sistema simpático, que leva ao congelamento, colapso, ou dissociação. O sistema nervoso autônomo (e todo RRN) fica bloqueado em um estado disfuncional de altíssima ativação de ambos os sistemas simpático e parassimpático, podendo oscilar aleatoriamente entre os extremos. Isso pode se manifestar como alternando entre um desligamento depressivo e ansiedade extrema ou raiva. Esse não é o resultado de desgaste, mas é um estado disfuncional específico de operação do sistema dinâmico complexo, que por meio de uma intervenção apropriada pode retornar a um funcionamento normal resiliente. (PAYNE, LEVINE, CRANE-GODREAU, 2015, P.05)

Quando se usa o SE[®] no processo terapêutico, criam-se estados fisiológicos, sensoriais e afetivos, que transformam efeitos e sintomas provocados pelo trauma em percepção das sensações corporais físicas sentidas e em descargas naturais do corpo das energias que ficaram retidas no sistema nervoso. Essa experiência conduz a uma consciência corporal e favorece a autorregulação do sistema nervoso, proporcionando uma sensação de bem-estar, segurança e impulso para a vida (LEVINE, 2012; FERNANDES *et al*, 2013).

Levine (2012) refere que essa capacidade de autorregulação que os indivíduos apresentam lhes permite lidar com os estados de ativação do sistema nervoso autônomo e com suas emoções mais difíceis. No método do SE[®], utiliza-se o processo de rastreamento da sensopercepção corporal com ferramentas específicas para diminuir o padrão de ativação do sistema nervoso simpático e a renegociar⁵ o trauma. Através do sistema sensorial, os indivíduos são informados sobre os estados internos, como interocepção, um conceito que inclui nossos sentimentos conscientes e o monitoramento inconsciente de processos corporais (PORGES, 2012).

Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) asseveram que as palavras usadas no processo terapêutico do SE[®] também são empregadas para apontar experiências não verbais da sensação corporal interna (interocepção), sentido de posição e orientação (propriocepção), sensações de movimento (cinestesia) e sentido espacial. O autor continua afirmando que todas as áreas acima mencionadas têm relação direta com estruturas subcorticais.

⁵ Levine (2012) utiliza o termo *renegociação* para se referir ao ato de *retrabalhar* uma experiência traumática, e não, de *revivê-la*.

Levine (2012, p. 242) enuncia que, “sem informações sensoriais interoceptivas, estaríamos perdidos – ainda mais perdidos que uma pessoa cega e surda.” Os cinco canais utilizados pelo SE[®] que informam nossa sensopercepção e nos fazem perceber a realidade interna e a externa é o SICAS (figura 05), acrônimo criado por Levine (1999) para definir os elementos que compõem o SE[®], que são definidos a seguir, segundo Ross (2014) e Netto (2013): a sensação é toda experiência interna vivenciada pelo indivíduo, seja ela proprioceptiva, entérica, vestibular, cinestésica e autonômica; a imagem é toda informação produzida pelos cinco sentidos (visão, audição, paladar, tato e olfato); o comportamento envolve as ações e os movimentos conscientes e inconscientes, voluntários e involuntários, verbais e não verbais expressas pelo indivíduo; o afeto inclui todas as emoções básicas presentes, sejam elas sutis ou óbvias; o significado é qualquer coisa relacionada aos pensamentos, aos valores e às crenças estabelecidas como sínteses conscientes de todos os outros componentes anteriores.

Figura 05 – Elementos que compõe o SE



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Para renegociar o trauma e promover a autorregulação, o terapeuta de SE[®] dispõe das seguintes ferramentas para intervenções importantes: titulação, recurso, integração, pendulação, organização, descarga e estabilização, que possibilitam o reestabelecimento de habilidades de orientação defensiva e exploratória e de engajamento social. Para que sejam bem compreendidas, serão descritas a seguir:

- a) Rastrear, ou seja, acompanhar as modificações que ocorrem, em nível fisiológico, no cliente;
- b) Titular significa usar uma pequena quantidade de ativação com a finalidade de provocar mudanças no sistema nervoso;
- c) Recursar significa buscar algo que contribua para que nos sintamos melhor e mantenhamos o sentido do self (eu) e da integridade interior;
- d) Descarregar, que normalmente acontece depois de recursar, tem como característica a diminuição da alta ativação de energia no sistema nervoso autônomo, que provoca uma sensação agradável de alívio e de engajamento com o meio ambiente;
- e) Pendular é o movimento natural do sistema nervoso, que se move entre a expansão e a contração, ou seja, entre o vórtex de trauma e o contra vórtex;
- f) Integrar e organizar são movimentos de reorganização e de finalização das respostas de sobrevivência que ocorrem no sistema nervoso, bem como a estabilização da auto-organização (FOUNDATION FOR HUMAN ENRICHMENT, 2007; NETTO, 2013; ROSSI, 2016).

Levine (2012) enuncia que a pendulação e a titulação formam, juntas, uma díade, por meio da qual as pessoas possam acessar com segurança e integrar estados muito enérgicos e críticos baseados na sobrevivência. Unidas, fazem com que o trauma seja processado sem devastação, e a pessoa não volta a se traumatizar. Portanto, para o terapeuta de SE[®] realizar uma sessão, deve “tocar cuidadosamente na menor ‘gota’ de ativação que tenha base na sobrevivência e em outras sensações difíceis, para evitar retraumatizar o indivíduo” (LEVINE, 2012, p.78), e trabalhar com o entendimento de que *menos é mais* é fundamental para uma sessão progressiva até que seja liberada a energia de sobrevivência que

estava retida no sistema nervoso. Esse processo de pendular e titular ocorre entre dois vórtices. Segundo Ross (2014), entende-se por vórtice de trauma a representação de um espiral autogeradora de dor e confusão que existe fora da correnteza da vida, e o contra vórtice é a capacidade inata do ser humano de lidar com tragédias e de se curar de suas consequências.

No livro, 'Uma voz sem palavras', Levine (2012, p. 78) sugere uma sequência de nove elementos essenciais que o terapeuta deverá usar para tratar o SE[®], a saber: 1- deverá criar um ambiente de relativa segurança, ou seja, uma atmosfera que transmita refúgio, perspectiva positiva e possibilidades; 2- oferecer apoio, amparar a exploração inicial e aceitar a sensação, para que o cliente aprenda a acessar, a tolerar e a utilizar essas sensações internas; 3- estabelecer a pendulação e a contenção: o poder inato de ritmo, uma vez que a capacidade de pendular desenvolve a confiança; 4- usando a titulação de forma gradual, criar estabilidade, resiliência e organização; 5 - proporcionar uma experiência corretiva, para suplantar as respostas passivas de colapso e desamparo com as de empoderamento e defesa ativa; 6 - separar ou desacoplar a associação condicionada de medo e desamparo da imobilidade biológica através da titulação; 7- resolver os estados de hiperativação, guiando, com delicadeza, a descarga e redistribuindo a enorme energia de sobrevivência mobilizada pela ação de preservar a vida; 8- promover a autorregulação para restaurar o equilíbrio dinâmico e o alerta relaxado. Ao longo do tempo, isso irá contribuir para se exercitar a resiliência; 9- orientar para o aqui e o agora, entrar em contato com o ambiente e restabelecer a capacidade de interação social.

A SEzista⁶ e psicóloga, Liana Netto, ao atuar como fundadora e coordenadora da Clínica *Social Mãe Providência*⁷, instituição filantrópica, onde os terapeutas voluntários trabalham utilizando a ferramenta do SE[®], criou um protocolo para utilização do TEPT, que segue na íntegra:

⁶ Terapeuta que tem formação em SE[®].

⁷ O Projeto Social *Mãe Providência* está localizado na Rua do Norte, Amaralina, Salvador (BA), Brasil.

Quadro 1 – Roteiro sumarizado do Protocolo para TEPT com SE® em 18 sessões

Sessões iniciais: Aliança terapêutica e processo educacional (aproximadamente seis semanas)	➤ Anamnese inicial; ➤ Aliança terapêutica; ➤ Educação somática: sensopercepção, contenção, autorregulação; ➤ Educação sobre os sintomas do TEPT; ➤ Ensinar a manejar a ansiedade fora do consultório; ➤ Empoderamento de recursos pessoais (experiência livre de conflito); ➤ Trabalhando na “linha do tempo”; evocação do ego pré-traumático.
Desenvolvimento: Renegociação do trauma (aproximadamente, oito semanas)	➤ Lidando com pesadelos e <i>flashbacks</i>; ➤ Redução do choque – saindo da dissociação; ➤ Pendulação entre os vórtices (de trauma e contravórtice), promovendo descargas tituladas; ➤ Mapear os estímulos capazes de disparar os sintomas pós-traumáticos; ➤ Restaurar agressividade saudável; ➤ Trabalhar com a fisiologia que está subjacente aos pensamentos e aos estímulos (Dinâmica de Acoplamento entre os elementos do SICAS e entre imobilidade e terror); ➤ Completar os ensaios fisiológicos de sobrevivência e restaurar orientação (Defensiva e Exploratória) e Respostas de Defesa Ativa (Luta/Fuga); ➤ Trabalhar com culpa, vergonha e raiva, inerentes ao TEPT.
Conclusão: Organização e Generalização (aproximadamente quatro semanas)	➤ Prevenindo recaídas; ➤ Estabelecendo/fortalecendo aliança com rede social de suporte; ➤ Criando projetos de futuro, completando a “Linha do tempo”.

Fonte: Netto (2013, p. 334)

Os protocolos criados e que são usados no SE®, além de ser utilizados no TEPT, podem ser empregados nos transtornos ansiosos, uma vez que ajudam os pacientes nos consultórios a reconhecerem seus estímulos físicos e a se autorregular.

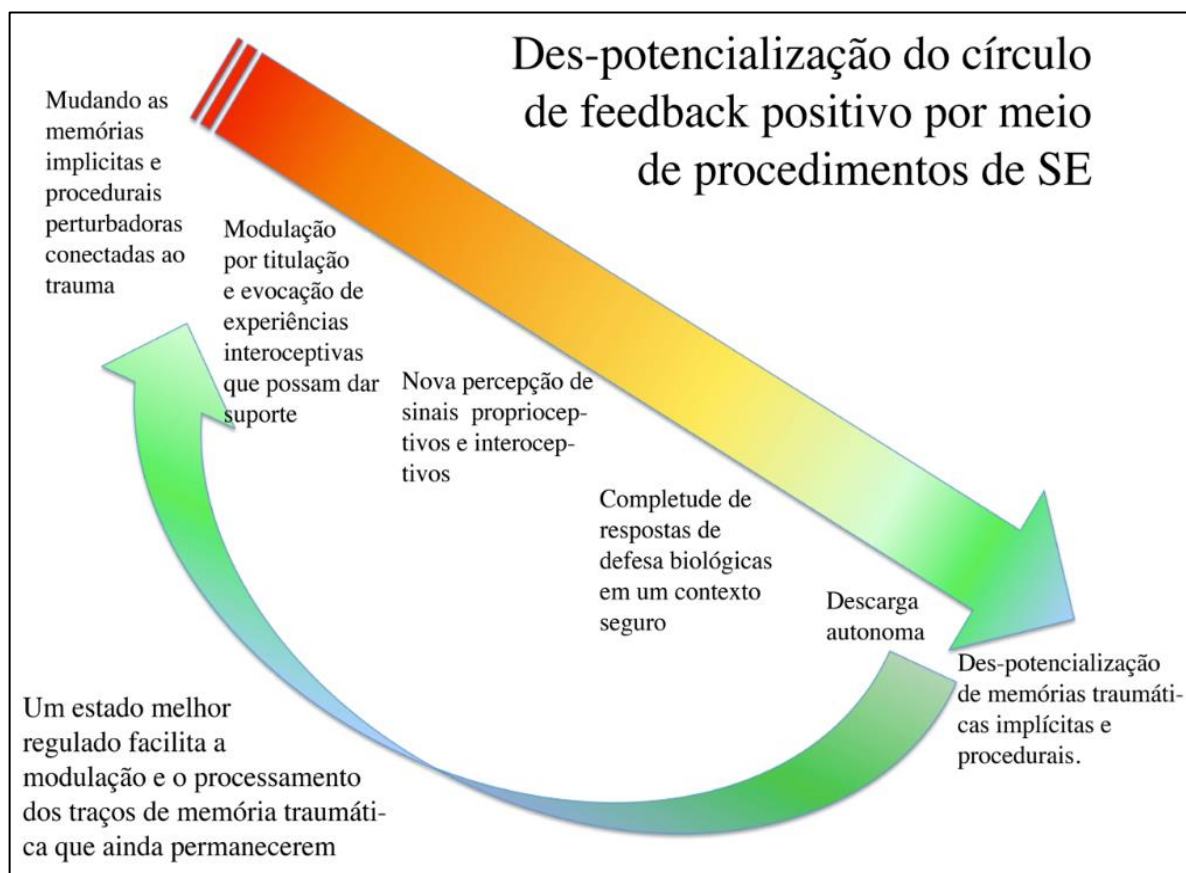
Segundo Biscaia e Fernandes (2016), o SE[®] nos ensina a resgatar nossas respostas fisiológicas de defesas de sobrevivência e adaptação, ajuda a restaurar a homeostase orgânica, ou seja, a capacidade inata do nosso organismo, em direção à autorregulação e, de forma fisiológica, a manejar e a tratar os sintomas do estresse pós-traumático. Consequentemente, diminui progressivamente a indicação e o uso do arsenal farmacológico utilizado no tratamento do TEPT.

O SE[®] encontra subsídios teóricos para sua prática clínica na Teoria Polivagal⁸, porquanto essa teoria colabora para que compreendamos como o SNA se comunica com o meio ambiente e os processos psicológicos e comportamentais (PORGES, 2012, p. 75). Portanto, baseado na Neurofisiologia, o SE[®] traz uma nova visão para o tratamento do TEPT, porquanto trabalha no sistema nervoso simpático (ativação) e parassimpático (desativação), liberando a energia traumática retida na área subcortical (inconsciente).

As intervenções com o método SE[®] que foram apresentadas neste capítulo, de acordo com Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), contribuem para que as memórias procedurais, que são de longa duração, possam finalizar seu imperativo biológico e deixar de ser intrusivos, ou seja, os procedimentos de SE[®] podem despotencializar as memórias perturbadoras implícitas e procedurais ligadas ao trauma (ver figura 06).

⁸ A Teoria Polivagal foi criada por Dr. Stephen W. Porges, PhD – professor de Psiquiatria e Bioengenharia na Universidade de Illinois em Chicago-EUA, onde dirige o *Brain-Body Center*. Em 1994, propôs a “Teoria Polivagal”, que liga a evolução filogenética do SNA ao aparecimento e ao desenvolvimento de comportamentos sociais dos mamíferos.

Figura 06 – Des-potencialização dos círculos de feedback



Fonte: Figura retirada e traduzida de Payne, Levine e Crane-Godreau (2015, p.12)

Os autores argumentam que a titulação e a evocação simultânea de experiências interoceptivas positivas acalmam a ativação que está intensa e facilitam a percepção real de sinais proprioceptivos e interoceptivos. O cliente torna-se capaz de identificar e completar o impulso para concluir a resposta defensiva biológica, e no ambiente seguro e de apoio criado pelo terapeuta SEzista, é capaz de completar as respostas defensivas que estavam bloqueadas, através de imagens e movimentos sutis. Isso, muitas vezes, será acompanhado por descargas autonômicas que podem vir em forma de calor, tremores, lágrimas e tosse. Depois de concluir a experiência proprioceptiva de completude biológica, as memórias perdem a carga intensa e podem integrar-se na linha do tempo autobiográfico do hipocampo como memórias comuns. E quando o sistema nervoso do cliente está em um estado mais funcional, ele adquire mais resiliência no sistema nervoso e mais capacidade de enfrentar quaisquer memórias traumáticas restantes (PAYNE, LEVINE, CRANE-GODREAU, 2015, P.12).

Esse é, pois, um método aplicado em casos de TEPT, que pode contribuir para melhorar e/ou modificar a vida dos indivíduos acometidos por esse transtorno, seja na vida pessoal ou na profissional.

.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

(...) o princípio dessas leituras consiste, como se sabe, em multiplicar as relações entre o que é dito aqui (em tal lugar), e dito assim e não de outro jeito, com o que é dito em outro lugar e de outro modo, a fim de se colocar em posição de “entender” a presença de não ditos no interior do que é dito. (PÊCHEUX, 2012a, p. 44)

A Análise de Discurso (AD) teve origem na França, em decorrência dos estudos realizados por Michel Pêcheux e que, atualmente, desenvolve-se sob a perspectiva dos estudos de diferentes autores (PÊCHEUX, 2009).

Segundo Brandão (2012, p. 16), a Análise de Discurso de linha francesa surgiu

nos anos 1960. Sob a égide do estruturalismo, a conjuntura intelectual francesa propiciou, em torno de uma reflexão sobre a “escritura”, uma articulação entre a linguística, o marxismo e a psicanálise. A AD nasceu tendo como base a interdisciplinaridade, pois ela era preocupação não só de linguistas como de historiadores e de alguns psicólogos.

No Brasil, a AD vem sendo difundida pela pesquisadora Eni Orlandi, que a designa como uma *disciplina de entremeio*, uma vez que se constitui a partir da relação das três regiões do conhecimento:

[...] Psicanálise, Linguística, Marxismo – não é de modo servil e trabalha uma noção – a de discurso – que não se reduz ao objeto da Linguística, nem se deixa absorver pela Teoria Marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele. (ORLANDI 2012, p. 20)

A AD se mostra como uma forma de conhecimento que considera o confronto, a contradição entre sua teoria e sua prática de análise (PÊCHEUX, 2012a). O discurso, tomado como objeto da AD, não é a língua, nem o texto, nem a fala, porém precisa de elementos linguísticos para que ocorra a existência material.

Nesse sentido, o discurso implica uma exterioridade à língua, que se encontra no social e envolve questões de natureza não estritamente linguística. Embora a AD

não seja a língua especificamente, essa forma de análise se caracteriza por sua relação com a língua (PÊCHEUX, 2012a; FERNANDES, 2008). Contribuindo com esse pensamento, Macedo *et al* (2008) afirmam que a AD deve ser analisada no contexto de suas continuidades e rupturas. Essa ciência não trabalha com palavras-chave ou com frases que remetem à análise de conteúdo, mas com unidades discursivas (TFOUNI, MONTE-SERRAT E CHIARETTI, 2011), em que o discurso é definido como o efeito de sentidos entre locutores (ORLANDI, 2012). A AD se propõe a interpretar os sujeitos falados para além de suas falas, na perspectiva de buscar uma produção do sentido que se constitui como integrante das atividades sociais dos respectivos sujeitos (FERNANDES, 2008).

Na AD, três conceitos são fundamentais, além da noção de discurso: o de ideologia, o de língua e o de sujeito. De acordo com Orlandi (2012, p. 46), “a ideologia é a condição necessária para a constituição do sujeito e dos sentidos”. O sujeito da AD deixa de ter uma noção idealista, não é o sujeito em si, mas existe socialmente, interpelado pela ideologia. Nesse sentido, ele não é a origem ou a fonte incondicional de sentido, pois, em sua fala, outras falas se dizem e correspondem a uma relação determinada do sujeito que é afetado pela língua, em que não há discurso sem sujeito, nem sujeito sem ideologia.

Advoga Orlandi (2012 p.30) que as condições de produção podem ser consideradas “em sentido estrito e temos as circunstâncias da enunciação: é o contexto imediato. E se as consideramos em sentido amplo, as condições de produção incluem o contexto sócio-histórico e ideológico”. A autora argumenta, ainda, que as condições de produção abrangem os sujeitos, a situação e a memória e incluem o contexto sócio-histórico e o ideológico.

A Análise do Discurso tem como base teórica a questão da ideologia, a partir do pensamento de Marx e de Engels. Segundo Brandão (2012, p. 22),

[...] em Marx, o termo “ideologia” parece estar reduzido a uma simples categoria filosófica de ilusão ou mascaramento da realidade social, isso decorre do fato de se tomar, como ponto de partida para a elaboração de sua teoria, a crítica ao sistema capitalista e o respectivo desnudamento da ideologia burguesa. A ideologia a que ele se refere é, portanto, especificamente a ideologia da classe dominante.

A ideologia é materializada no discurso, que se concretiza pela linguagem em forma de texto e/ou pela linguagem não verbal (FERNANDES, 2008). A língua, por sua vez, é o sistema abstrato, virtual ou potencial, e a fala é o ato linguístico material e concreto, a maneira como cada indivíduo usa a língua (BRANDÃO, 2012).

Para Fernandes (2008, p. 35), o sujeito é

[...] constituído por diferentes vozes sociais, é marcado por intensa heterogeneidade e conflitos, espaços em que o desejo se inter-relaciona constitutivamente com o social e manifesta-se por meio da linguagem.

O sujeito não se caracteriza de forma homogênea e, ao conceituá-lo, é importante ressaltar a noção de formação discursiva, que está relacionada ao que se pode dizer em determinada época e espaço social, ao que tem lugar e realização em condições de produção específicas, em que são historicamente definidas. É a possibilidade de explicar como cada enunciado tem seu lugar e regra de aparição (FERNANDES, 2008).

Essa relação da formação discursiva traz o sujeito como um indivíduo assujeitado em determinada época e espaço.

A formação discursiva emprestada a Foucault pela análise de discurso derivou muitas vezes para a ideia de uma máquina discursiva de assujeitamento dotada de uma estrutura semiótica interna e por isso mesmo voltada à repetição: no limite, essa concepção estrutural da discursividade desembocaria em um apagamento do acontecimento, através de sua absorção em uma sobre-interpretação antecipadora (PÊCHEUX, 2012a, p. 56).

Assim como o sujeito, a formação discursiva não é homogênea, mas constituída por diferentes discursos, de modo que um mesmo tema, quando exposto em evidência, é objeto de conflitos diante das diferentes posições ocupadas pelos sujeitos (FERNANDES, 2008).

Na Análise do Discurso, não existe sentido antes, mas um sentido que é construído no processo de interlocução, ou seja, entre os discursos dos sujeitos. Esses sentidos estão além do que se encontra no texto, razão por que é necessário considerar que as palavras ganham sentido a depender da posição em que são empregadas (SILVA, 2008).

Ressalte-se, aqui, a questão da relação entre a produção de sentido e os lugares ocupados pelos sujeitos nos discursos e suas falas.

Fernandes (2008, p. 15) assevera que,

[...] no discurso, os sentidos das palavras não são fixos, não são imanescentes, conforme, geralmente, atestam os dicionários. Os sentidos são produzidos face aos lugares ocupados pelos sujeitos em interlocução. Assim, uma mesma palavra pode ter diferentes sentidos em conformidade com o lugar socioideológico daqueles que a empregam.

Assim, as palavras adquirem sentido no interior da formação discursiva, no mesmo espaço em que são produzidas, o que confirma a materialidade e o sentido do discurso. Corroborando o pensamento de Fernandes (2008), Paulon *et al* (2014) afirmam que a AD busca o sentido que se constrói a partir da/na materialidade linguística e histórica. As palavras e as expressões adquirem o sentido da formação discursiva em que são produzidas e retomam os termos que são introduzidos e aplicados ao ponto específico da materialidade do discurso (PÊCHEUX, 2009).

Em consonância com esse pensamento, Orlandi (2012) enuncia que, em relação às palavras, elas mudam de sentido de acordo com as posições que os sujeitos ocupam, o lugar social de onde falam. Assim, na AD, existem noções que encampam o não dizer, que são a noção de interdiscurso, a de ideologia e a de formação discursiva (ORLANDI, 2012).

Os sentidos são condicionados de acordo com a forma como os discursos se inscrevem na linguagem e na história. Sob o ponto de vista de Silva (2008, p. 41),

[...] não se deve buscar o que está oculto no papel, como se houvesse um significado fixo, escondido entre as linhas, isto é codificado; pois, no texto os elementos jamais “ocupam o lugar de”. Isto porque a ADF analisa o que é dito e o que é não-dito, ou seja, o implícito, colocando o primeiro em relação com o segundo, não à busca de um suporte “verdadeiro” sentido; numa direção contrária, procura explorar as várias formas e a relação com o simbólico, compreendendo como o texto, objeto linguístico histórico, produz sentido.

Ao abordar o não dito do implícito do discurso, questiona-se sua incompletude, porque todo discurso mantém uma relação com a falta, com o equívoco, porque toda linguagem é incompleta. A autora refere que o não dito faz

parte do discurso que não é palavra, e como o discurso não pode abranger uma enunciação completa, compreende-se que o não dito é constituinte, é fundador do discurso. Nesse sentido, ela afirma que, na relação entre o dito e o não dito, dá-se a produção do sentido, e tanto o sujeito quanto o sentido de seus discursos, o dito e o não dito são apontados a partir da formação discursiva.

Silva (2008) advoga que a incompletude do discurso conduz o sujeito a mergulhar na exterioridade, na história, para inscrevê-la na continuidade interna do discurso. Isso remete para seu discurso falado antes, em outro espaço/tempo, o que, para Pêcheux, constitui o interdiscurso, que ele define como todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. Como afirma Orlandi (2012, p. 33), “para que minhas palavras tenham sentido, é preciso que elas já façam sentido”.

O interdiscurso está relacionado à presença de diferentes discursos, decorrentes de diferentes momentos da história e lugares sociais no interior de uma formação discursiva (FERNANDES, 2008).

Corroborando o pensamento de Fernandes (2008), Paulon *et al* (2014) afirmam que outros sentidos já construídos afetam o modo como o sujeito significará certa situação discursiva, ou seja, o interdiscurso.

Segundo Pêcheux (2009, p. 154), “o interdiscurso, como discurso transversal, atravessa e põe em conexão entre si os elementos discursivos constituídos pelo interdiscurso enquanto pré-construído, que fornece, por assim dizer, a matéria-prima à qual o sujeito se assujeita”. Para Orlandi (2012), o interdiscurso proporciona dizeres que modificam a forma como o sujeito significa em uma situação discursiva.

A materialidade refere-se à forma material, ou seja, a forma encarnada, não abstrata nem empírica, em que não se separam a forma e o conteúdo: forma linguístico-histórica, significativa, explica Orlandi (2012). É assim que se configura o caráter dialógico de todo o enunciado do discurso, que possibilita a dissociação entre as interações dos discursos do funcionamento do intradiscursivo (PAULON *et al*, 2014).

Assim como os discursos, os enunciados sofrem continuidade, descontinuidade, dispersão, formação e transformação, cujas unidades obedecem a regularidades, e os sentidos são incompletamente alcançados. O autor continua dizendo que todo discurso é marcado por enunciados que o antecedem e o sucedem integrantes de outros discursos (FERNANDES, 2008). Portanto, em

determinado discurso, ocorrem outros discursos, e todo anunciado, ou toda sequência de anunciado é linguisticamente descritível como uma série de pontos que proporcionam uma interpretação (FREIRE, 2006).

Dentro da sequência de enunciados, é importante identificar os esquecimentos, a respeito dos quais a literatura sobre a AD refere que existem duas formas no discurso: o primeiro, chamado de esquecimento ideológico, é a instância do esquecimento e resulta do modo como somos afetados pela ideologia. O segundo esquecimento forma as famílias parafrásticas, que indicam que o dizer sempre poderia ser outro, “é o chamado esquecimento enunciativo e que atesta que a sintaxe significa que o modo de dizer não é indiferente aos sentidos” (PÊCHEUX, 2012a e 2012b; ORLANDI, 2012).

Para identificar o segundo esquecimento, é necessário trabalhar com a paráfrase, principalmente quando se trata do não dito. Ao abordar os métodos parafrásticos, podemos entender que são aqueles em que todo dizer comporta algo que se mantém, ou seja, o dizível, a memória. Em relação à paráfrase, representa o retorno aos mesmos espaços do dizer e está ao lado da estabilidade, diferentemente da polissemia, em que só há deslocamento e ruptura de processos de significação (ORLANDI, 2012).

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Ser tocado pela revelação do amor ou por uma descoberta científica está entre as maiores e mais extraordinárias bênçãos da vida. (LEVINE, 2012, p.32)

5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico e com intervenção terapêutica, de abordagem qualitativa, cuja análise é feita com a abordagem teórica da Análise de Discurso (AD) de linha francesa. A escolha desse referencial metodológico se justifica porque, nos discursos dos sujeitos, durante as sessões de SE[®], muitas palavras não ditas expressam a materialidade do conteúdo inconsciente vindas de uma memória cerebral de longa duração. Na AD, as bases psicanalítica e ideológica trazem a possibilidade de se compreender concretamente a linguagem dentro da terapêutica com SE[®], porquanto, durante esse processo de tratamento, a interação com o terapeuta, através da linguagem, dará a possibilidade de se analisar o resultado encontrado.

Os dados foram coletados tomando como base os pressupostos da AD, porque a subjetividade é vista também pela exterioridade do sujeito, por ser uma construção histórica em determinadas condições e por se dar na relação com o discurso (FERNANDES, 2008). Portanto a escolha da base metodológica da AD para esta pesquisa com SE[®] é pertinente, visto que possibilita a abordagem da terapêutica a partir de três dimensões: a psicanalítica, a ideológica e a histórica.

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba (PB), na Região Nordeste do Brasil. Esse município tem uma área de unidade territorial de 211.475 Km² e uma população estimada em 2014 de 780.738⁹. Foi desenvolvida na sede do SIASS (MF/PB). A escolha por desenvolvê-la nesse órgão se justifica porque tem o registro dos servidores públicos federais com diagnóstico de TEPT, ou seja, por ser o órgão responsável pelas ações de atenção à

⁹ Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250750>

saúde do servidor público federal que congrega o maior número desses trabalhadores com problemas de saúde.

Ao iniciar a pesquisa, primeiramente no SIASS da UFPB, onde houve uma reunião com toda a equipe para apresentar o projeto, constatou-se que não havia nenhum caso de servidor com TEPT registrado no sistema do SIASS (UFPB). O segundo local pesquisado foi o SIASS da FUNASA e, embora os profissionais estivessem envolvidos em buscar caso de servidor com diagnóstico TEPT, só havia um caso registrado e em fase de remoção da cidade. Em seguida, buscou-se o SIASS do MF/PB, onde foram identificados vários casos de TETP. Depois que a equipe conheceu o projeto, prontificou-se a manter contato com os servidores e encaminhá-los para o primeiro encontro com a pesquisadora.

Ao verificar que, nessa unidade, havia servidores a serem estudados e uma estrutura física requerida para o estudo, ficou decidido que os atendimentos da pesquisa seriam feitos nesse lugar.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram iniciados os contatos com os servidores em cujo prontuário do SIASS (MF/PB) constava o diagnóstico de TEPT. Esse processo durou quase um mês. O primeiro sujeito que aceitou participar da pesquisa entrou como pré-teste, para cuja realização foi utilizado o protocolo para TEPT, que vem sendo empregado com êxito por pesquisadores de SE[®] no Brasil (NETTO, 2013). Ressalta-se que a autora autorizou a utilização do referido protocolo nesta pesquisa, o qual, neste estudo, é denominado de **Protocolo Netto**. Depois de feitas as modificações necessárias do Protocolo Netto, ele foi transformado em um checklist e utilizado nesta pesquisa (ver anexo A).

Na busca de casos no sistema de informação do SIASS, foram identificados 19 servidores com o diagnóstico médico de TEPT. O grupo dos sujeitos da pesquisa foi constituído de cinco servidores públicos federais, pertencentes ao quadro de servidores efetivos das instituições assistidas pelo SIASS (MF/PB) e que estavam em atividades de trabalho ou afastados por licença médica por estarem acometidos de estresse pós-traumático, adquirido no ambiente de trabalho, de acordo com o diagnóstico confirmado no prontuário do SIASS (MF/PB). Eles foram escolhidos de forma intencional, buscando uma adversidade na maneira como se deu o TEPT no

ambiente de trabalho. Foram selecionados os servidores públicos federais residentes na cidade de João Pessoa-PB, portadores de TEPT, com diagnóstico médico identificado no prontuário eletrônico do SIASS (MF/PB) e conforme constatado pela equipe de saúde e comprovado pelo próprio relato do sujeito, que foi adquirido no ambiente de trabalho. Portanto esta pesquisa teve uma representatividade local de servidores públicos federais como experiência para ser aplicado em outras cidades do Brasil.

Depois de feito contato prévio com os sujeitos, foram agendadas as sessões de SE[®], com dia e horário definidos, as quais seriam realizadas no próprio SIASS (MF/PB). Depois de serem informados sobre como seria realizada a pesquisa e sua metodologia, os sujeitos foram convidados a participar do estudo e lhes foi garantido o direito de recusar participar dele. Foram recrutados para a pesquisa os sujeitos que concordaram livremente em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo B).

A escolha por cinco sujeitos se justifica pelo fato de serem poucos os que haviam adquirido TEPT no ambiente de trabalho, por facilitar a implementação da intervenção terapêutica com o SE[®]. Assim, as sessões foram propostas para serem realizadas uma vez por semana, com um total de 18, de acordo com o Protocolo Netto, e devido à escassez de registro de TEPT adquirido no ambiente de trabalho.

5.4 FORMAÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O recorte histórico para o processo de construção do material empírico desta pesquisa foi feito por meio de consulta aos prontuários do SIASS (MF/PB), para traçar o perfil sociodemográfico dos sujeitos pesquisados, e de um caderno de campo da autora, onde foram anotadas as sessões de SE[®] realizadas. Também constou no material empírico a discursividade dos sujeitos produzida a partir das gravações feitas durante as intervenções terapêuticas com SE[®], que resultou em um total de 73 sessões, cada uma como uma unidade de análise, e que ocorreram no período de agosto de 2013 a abril de 2014, na sede do SIASS (MF/PB), no município de João Pessoa-PB.

Para formar o corpus da análise, estabeleceu-se a seguinte questão problema: **Durante o processo de tratamento terapêutico com a utilização do**

SE[®], quais as repercussões que ocorrem na vida pessoal e profissional do servidor público federal portador do TEPT?

Os discursos foram construídos a partir dos textos transcritos das sessões de SE[®] gravadas em áudio, com a utilização de dois aparelhos de gravador, estrategicamente posicionados na sala, a fim de que nenhuma fala fosse perdida, e dos procedimentos analíticos dos discursos que emergiram do processo de pesquisa, como: leitura minuciosa das transcrições, quando necessário, busca de expressões que apontassem para o resultado esperado, durante a narrativa produzida a partir das sessões de SE[®], verificando-se a melhoria do quadro do TEPT nos sujeitos pesquisados.

5.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Depois de analisar os discursos transcritos, de forma fiel à narrativa, foram elaborados quadros com fragmentos a partir dos discursos dos sujeitos, considerando-se as condições de produção em que foram construídos, na perspectiva de entender como se encontravam no primeiro momento da pesquisa, ou seja, ao chegarem ao SIASS para iniciar o tratamento.

Na segunda etapa da análise, procurou-se identificar, por meio dos processos parafrásicos, metafóricos e polissêmicos dos discursos, a criação de dois blocos da formação discursiva (FD). Foi considerada a mudança na vida pessoal e profissional dos sujeitos com história de estresse pós-traumático a partir do tratamento com a Somatic Experiencing[®].

A análise do material discursivo foi orientada com base na seguinte questão: **Quais as respostas apresentadas durante o processo do tratamento com SE[®] que repercutiram na vida profissional e pessoal dos portadores de TEPT?**

A análise consistiu da expressão verbal durante as sessões de SE[®], quando o sujeito manifestou uma resposta positiva à terapêutica.

5.6 CONDIÇÃO DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para se compreender como foi construído o *corpus* de análise desta pesquisa, é importante descrever em que condição ele foi produzido. Nesse sentido,

é imprescindível lembrar que as condições de produção envolvem a memória da produção do discurso (ORLANDI, 2012).

A pesquisa foi feita com servidores públicos federais portadores de estresse pós-traumático adquirido no ambiente de trabalho, de acordo com diagnóstico confirmado no prontuário do SIASS (MF/PB). A partir desse fato, foi se delineando a condição de produção em que o sujeito foi estudado.

No capítulo da análise do *corpus*, foram apresentados quadros com discursos dos sujeitos em que se apresentam as condições de produção em que chegaram para o tratamento.

O desenvolvimento da pesquisa envolveu profissionais da área de saúde do SIASS (MF/PB), entre eles, um gestor, médicos e assistentes sociais, porquanto foi necessária mobilização e organização para atender aos sujeitos. Foi realizado contato com servidores públicos federais de diversos órgãos, com o objetivo de convidá-los para participar da pesquisa, e feita uma visita a uma clínica de recuperação de drogados pela pesquisadora e por uma assistente social a um dos sujeitos pesquisados, porque ele estava internado para tratamento.

As sessões de SE[®] foram individuais. Foram propostas, no máximo, dezoito. Quatro sujeitos atingiram um número de sessões inferior ao estabelecido, visto que os objetivos foram atingidos. As sessões aconteceram em sala própria (ver anexo G), cedida pelo SIASS (MF/PB), com duração de, aproximadamente, 60 minutos.

A pesquisa foi iniciada depois que a Instituição apresentou a autorização e que a pesquisadora recebeu a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CTP). Foram esclarecidos todos os procedimentos, como a garantia do anonimato, a ausência de ônus e a desistência do colaborador a qualquer momento da pesquisa.

Os nomes das instituições de trabalho dos sujeitos da pesquisa não foram mencionados, porque o sigilo é imprescindível para manter seu anonimato. Porém foi construída uma caracterização geral dos órgãos públicos federais do estado da Paraíba, vinculados ao SIASS (MF/PB), e dele próprio, por ser o local onde foi feito o tratamento.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados desta pesquisa foi iniciada depois de o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW – da Universidade Federal da Paraíba (ver anexo D), que é ligado à Plataforma Brasil, sob o CAAE nº 18916613.9.0000.5183. Durante todas as etapas, seguiu-se o que preconiza a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Concluída a pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW – da Universidade Federal da Paraíba deu um novo parecer em que reconhecia a pesquisa como ensaio clínico (ver anexo E), que se encontra registrado no site de registro de ensaios clínicos do Ministério da Saúde sob o número RBR-4pk67h (<<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-4pk67h/>>).

6. ANÁLISE DO CORPUS

Pretendo falar com os terapeutas que buscam um melhor entendimento das raízes do trauma no cérebro e no corpo. [...] também espero alcançar os médicos que se sentem desorientados diante de pacientes que apresentam sintomas inexplicáveis e mutáveis, os enfermeiros que trabalham há anos na linha de frente cuidando de pacientes apavorados e feridos, e os responsáveis por desenvolver as políticas relacionadas à problemática área da saúde pública. (LEVINE, 2013, p. 26)

6.1 O CENÁRIO E OS SUJEITOS

Para compreender bem mais o cenário onde foi desenvolvida esta pesquisa, é necessário discorrer sobre o SIASS, por ser o órgão que recebe os servidores públicos federais portadores de enfermidade e que tem a finalidade de acompanhá-los, seja através da perícia médica ou dos demais profissionais de saúde quando necessário.

O Decreto nº 6.833, de 2009 (ver anexo C), instituiu o SIASS no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, como parte integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC. Em seu artigo 2º, estabelece o seguinte objetivo:

Coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal. (BRASIL, 2009)

No município de João Pessoa, existem quatro Unidades do Subsistema Integrado de Saúde do Servido (SIASS), a saber: o Ministério da Fazenda (MF/PB), a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A Unidade do SIASS (MF/PB) iniciou os trabalhos em 18/08/2010 e sancionou o Acordo de Cooperação Técnica (ACT) nº 23/2011 em 16/09/2011, publicado no DOU de 23/12/2011. Foi instalada fisicamente nas dependências da Superintendência de Administração do Ministério da Fazenda na Paraíba – SAMF/PB. Atualmente, o SIASS (MF/PB) conta com 24 (vinte e quatro) órgãos sob

sua esfera de atuação, quais sejam: o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG; a Superintendência de Administração do Ministério da Fazenda na Paraíba – SAMF/PB; a Controladoria Regional da União no Estado da Paraíba – CGU/PB; a 14ª Superintendência da Polícia Rodoviária Federal na Paraíba – 14SRPRF/PB; a Delegacia da Receita Federal do Brasil – DRFB/PB; a Procuradoria da Fazenda Nacional na Paraíba – PFN/PB; a Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento na Paraíba – SFA/PB; a Superintendência Regional de Infraestrutura de Transporte no Estado da Paraíba – DNIT/PB; o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – IF/PB; a Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados no Estado da Paraíba – CVSPAF/PB; a Superintendência Regional do Patrimônio da União no Estado da Paraíba – SRPU/PB; a Superintendência Regional do Departamento de Polícia Federal na Paraíba – SRPF/PB; o Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBIO/PB; a Superintendência Regional do Trabalho e do Emprego – SRTE/PB; a Superintendência do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente na Paraíba – IBAMA; a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; a Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL; a Superintendência Estadual na Paraíba da Agência Brasileira de Inteligência – ABIN/PB; a Procuradoria da União – PU/AGU; a Consultoria Jurídica da União – CJU/AGU; a Procuradoria Federal – PF/AGU; a Delegacia Federal do Desenvolvimento Agrário na Paraíba – DFDA/MDA; a Defensoria Pública da União – DPU/PB - e o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS/PB (Perícia Odontológica).

As atividades desenvolvidas no SIASS (MF/PB) têm sido desempenhadas por uma equipe composta de quatro peritos da área médica; quatro, da odontológica; três servidores da área administrativa - um administrador e dois agentes administrativos - e quatro profissionais da área de saúde - uma enfermeira, uma odontóloga e duas assistentes sociais.

Segundo dados do próprio Sistema do SIASS (MF/PB), no período de 2010 a 22/03/2013, foram realizados 5.334 (cinco mil trezentos e trinta e quatro) registros sob a forma de 3.893 (três mil oitocentos e noventa e três) perícias oficiais em saúde, entre singulares e juntas; e 1.441 (um mil quatrocentos e quarenta e um) atestados de curta duração. Nesse universo, encontram-se servidores ativos, inativos e beneficiários de pensão, além de um quantitativo estimado de futuros

servidores na fase de processo admissional e servidores de órgãos de outras unidades da Federação que residem ou estão a serviço na Paraíba e as que desejam mudar-se para essa Federação.

Os sujeitos desta pesquisa são cinco servidores públicos federais do quadro efetivo; quatro, do sexo feminino; e um, do sexo masculino, que atuam em diferentes órgãos públicos federais na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba/Brasil. Três deles são civis, e dois, policiais, que exerciam seus cargos no Serviço Público Federal: odontólogo, enfermeiro, agente administrativo, policial rodoviário federal e agente da polícia federal.

Para manter o sigilo sobre sua identidade, eles foram representados pela letra "S" e por um número que indica a sequência dada aleatoriamente no transcurso do período em que ocorreram as transcrições dos áudios gravados das sessões de SE[®].

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa

Sujeitos					
Informações gerais	S1	S2	S3	S4	S5
Idade	62	47	40	42	45
Sexo	F	F	F	M	F
Estado civil	Divorciada	Casada	Casada	Casado	Casada
Escolaridade	3º grau	3º grau	3º grau	2º Grau	3º Grau
Religião	Espírita	Espírita	Católica	Evangélico	Espírita
Carga horária de trabalho semanal	40	40	40	40	40
Tempo de serviço (anos)	34	29	19	19	18

Segundo relatos colhidos dos sujeitos do sexo feminino, todas foram vítimas de assédio moral no ambiente de trabalho, e o do sexo masculino sofreu acidente no percurso para o trabalho.

Todos os sujeitos pesquisados tiveram diagnóstico médico de TEPT, comprovado pela equipe de saúde do SIASS (MF/PB), que foi adquirido no ambiente de trabalho. Ao iniciar a pesquisa, constatou-se que três servidores estavam afastados por atestado médico - respectivamente S2, S3 e S4 - e dois - S1 e S5 - em atividades laborais, embora já tivessem períodos de afastamento médico. Quatro sujeitos estavam sendo acompanhados por médicos psiquiatras, e um, pelo médico do local do trabalho, embora este último tenha tido consulta psiquiátrica antes. Quatro deles consumiam medicamento psiquiátrico. O S4, por estar internado em uma clínica de recuperação para dependentes químicos, não estava usando nenhum medicamento, uma vez que a clínica não utilizava recurso medicamentoso.

O uso de medicamento dos sujeitos acima citados ocorre pela hiperativação do SN, principalmente no que tange ao ramo simpático, o ocasiona, muitas vezes, o quadro de ansiedade generalizada comum no TEPT, com sensações desagradáveis de inquietude, apreensão e angústia que, geralmente, apresentam-se com sintomas neurofisiológicos instalados no corpo, como taquicardia (batimentos cardíacos acelerados), sudorese intensa, principalmente nas mãos, tremores no corpo, palpitações e falta de ar.

Biacaia e Fernandes (2016) afirmam que, a depender da intensidade e do curso da ansiedade que é individualizada para cada situação clínica, as terapêuticas não medicamentosas que atuam na modulação do sistema nervoso autônomo podem ser empregadas, como é o caso do SE[®], com o objetivo de diminuir os medicamentos em uso, quando não for possível suspendê-los por completo. Portanto o acompanhamento do médico, principalmente da área de saúde mental, como o psiquiatra, é fundamental durante o tratamento do TEPT, mesmo que o indivíduo esteja sendo acompanhado com uma terapia naturalista.

Para esclarecer a condição em que os sujeitos se encontravam no início da pesquisa, apresentou-se um quadro (quadro 02) baseado nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) e Netto (2013) e posteriormente utilizado como modelo para ser preenchido com fragmentos de recortes discursivos dos sujeitos. O quadro 03 tem a finalidade de nortear o preenchimento com a situação geral (física e mental) dos sujeitos portadores de TEPT desde o início da pesquisa. Para fazer os recortes discursivos, utilizaram-se os seguintes enunciados (ver quadro 02):

Quadro 2 – Enunciados para recortes discursivos

Estressor traumático que tenha provocado intenso medo, impotência ou terror;
Reexperimentações e revivências do evento traumático;
Comportamentos de evitação e de entorpecimento;
Hiperativação autonômica, com sintomas persistentes não ocorridos antes do evento traumático;
A duração dos sintomas do quadro 3, 4 e 5 deve ser superior a um mês;
Os sintomas que causaram sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, laborativo ou em outras áreas importantes da vida dos sujeitos.

Quadro 3 – Situação geral de TEPT baseada nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013)

(A) Estressor traumático tenha provocado “intenso medo, impotência ou terror”.	(B) Reexperimentações e revivências do evento	(C) Comportamentos de evitação e entorpecimento	(D) Hiperativação autonômica	(E) A duração dos sintomas do quadro B, C e D deve ser superior a um mês	(F) Os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida.
Ocorrência de evento traumático	Revivências recorrentes e intrusivas recordações aflitivas, incluindo imagens, pensamentos e percepções; Sonhos recorrentes e pesadelos aflitivos; Ação ou sensação de que o evento traumático está se repetindo (incluindo senso de revivência da experiência, com ilusões, alucinações, e episódios de <i>flashbacks</i> dissociativos); Sofrimento psicológico intenso devido a exposições internas ou externas ao trauma; Reatividade fisiológica diante da exposição interna ou externa aos estímulos traumáticos.	Tentativa de evitar sentimentos e conversas associadas ao trauma; Esforço para evitar atividades, lugares e pessoas que disparem memórias do trauma; Inabilidade de recordar aspectos importantes da experiência traumática; Acentuada diminuição do interesse ou da participação em atividades significativas; Sentimento de distanciamento ou estranhamento em relação a outras pessoas; Inabilidade em relação à afetividade; Senso de futuro abreviado (por exemplo, não ter expectativas sobre a carreira profissional, o casamento, a família ou a possibilidade de ter uma vida normal).	Dificuldade de dormir; Irritabilidade ou ataques de raiva; Dificuldade de concentração ou completar tarefas; Hipervigilância; Respostas exageradas de sobressalto.	Os sintomas do quadro B, C e D estão presentes há mais de um mês.	Presente prejuízo na vida laboral e pessoal.

Contextualizando a metodologia análise do discurso, o que contribuiu com a condição de produção, elaborou-se o quadro 03 com a descrição do panorama geral do TEPT para esta pesquisa, para facilitar o preenchimento com as condições de saúde dos sujeitos durante a análise dos dados. A busca pelo não dito no interdiscurso partiu depois da terapia com SE[®] do discurso dos sujeitos pesquisados no contexto do trabalho e na vida pessoal, a fim de encontrar novos sentidos em sua discursividade.

Da pergunta que gerou o problema de pesquisa - Depois do tratamento terapêutico com a utilização do SE[®], quais as repercussões na vida pessoal e profissional do servidor público federal portador do TEPT? - e da exploração do material, correspondente à transcrição das falas dos sujeitos-servidores durante as sessões de SE[®], foram identificadas, a partir do método da AD, duas formações discursivas, sobre as quais se discutirá nos capítulos a seguir.

6.2 REPERCUSSÕES NO TRABALHO

1^a FORMAÇÃO DISCURSIVA: Quais as respostas apresentadas durante o processo do tratamento com SE[®] que repercutiram na vida profissional dos portadores de TEPT?

Os recortes discursivos foram distribuídos em quadros, cuja finalidade foi de fornecer informações sobre a condição de produção dos sujeitos pesquisados desde que chegaram ao SIASS (MF/PB) para o acompanhamento, o tratamento e as repercussões que ocorreram no trabalho.

Quadro 4 – O estressor traumático tenha provocado intenso medo, impotência ou terror no ambiente de trabalho, baseado nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“Sem o gabinete, eu não tenho função, e sem função, eu não tenho direito!”	“Sem o gabinete eu não tenho função, e sem função eu não tenho direito! ”. “Está tudo pronto, aí eu chego ao trabalho e não tenho mais... eu não tenho mais onde ficar”. “Eu não tenho nem uma sala para eu me sentar, eu disse para ela [a chefe]”. “Sensação de perda, frustração, de escanteio.” [se referindo à perda do gabinete odontológico]. (S1)
“(...) ele tentou me remover a todo custo ... é um desgosto muito grande.”	“Um processo administrativo [Por assédio moral], que eu dei entrada. (...) porque eu acionei a comissão de ética (...) para poder meu processo andar. E aí como ele não andava eu abri um processo na Justiça e já teve a audiência.” (S2) “(...) ele tentou me remover a todo custo ... é um desgosto muito grande.” (S2)
“(...) eles mandaram novamente botar falta quando eu estava de férias. É uma coisa irracional deles.” [Assédio] “(...) eu sofro perseguição no serviço onde trabalho.”	“(...) eles então loucos para me botar falta, eu expliquei as datas que eu estava acobertada”. (S3) “(...) eles mandaram novamente botar falta quando eu estava de férias, é uma coisa irracional deles”. [Assédio] (...) (S3) “(...) eu sofro perseguição no serviço onde trabalho”. (S5) “(...) a psiquiatra disse que meu problema é relacionado ao trabalho” (S3)
“aí foi que eu fiquei bem abatido.”	“Isto é, depois do acidente veio esse diagnóstico de estresse pós-traumático”. (S4) “(...) o pessoal chegou, e depois de verificar e constatar que ele estava morto, aí foi que eu fiquei bem abatido. ” (S4)
(...) foi aberto procedimento administrativo [Processo Administrativo Disciplinar-PAD] contra mim e mais ... colegas”.	“(...) aí depois teve a greve... e eles pediram para a gente fazer uma escolta policial e aí o movimento de greve decidiu que não faria uma escolta (...) foi aberto procedimento administrativo [Processo Administrativo Disciplinar-PAD] contra mim e mais ... colegas”. (S5)

Ao analisar os fragmentos discursivos do quadro 4, verificou-se que os sujeitos S1, S2, S3 e S5, ao se referirem à ocorrência do evento traumático, trazem no discurso relação direta com sensação de impotência, ocasionada pelo assédio moral no trabalho. Segundo Alkmin (2012), o assédio moral que foi ocasionado no ambiente de trabalho pode ser manifestado de várias maneiras, através de isolamento, indiferença, agressões verbais, humilhações e até denegação de serviço.

Destaca-se aqui o fato de que as servidoras do sexo feminino, ao vivenciar a situação de assédio moral no ambiente de trabalho, desenvolveram o quadro de TEPT. Assim, pode-se afirmar que, de acordo com o SE[®], ao se encontrar diante de uma situação de ameaça iminente, elas experimentaram uma sensação de perigo inescapável, que gerou uma situação de estresse extremo e a instalação do quadro de trauma, que apresenta sua sintomatologia congelada subcorticalmente, causando mudanças na fisiologia no sistema nervoso autônomo.

Segundo Biscaia e Fernandes (2016), isso ocorre quando, através da fisiologia de sobrevivência e da adaptação animal, quando a luta e a fuga não foram possíveis de se concretizar diante de uma ameaça, o indivíduo experimentou uma sensação de perigo inescapável que pode levá-lo a uma dissociação importante.

Observou-se que o assédio moral foi preponderante como estressor para que se instalasse o TEPT, e como consequência do trauma, surgiu a impotência crônica. Para Levine (1999), quando a impotência se torna uma parte intrincada na vida de um indivíduo, as pessoas traumatizadas terão dificuldade de se comportar de um modo que não seja impotente. Levine (1999, p.143) continua dizendo que “todos que sofrem de trauma experienciam, em algum grau, o fenômeno da impotência crônica.”

Essa impotência, a que o autor supracitado se refere, também foi percebida entre os servidores públicos federais nesta pesquisa e tomou grandes dimensões, em parte, pelo fato de eles terem estabilidade no emprego, embora seja favorável do ponto de vista de segurança econômica. Em contrapartida, é uma estrutura hierárquica com a cultura institucional autoritária, uma vez que a ingerência política proporciona ascensão aos cargos de gerência por alianças de poder local, que mantêm esses servidores próximos do assediador. Para Foucault (2007), o poder, por si só, não existe, mas as práticas ou relações de poderes que se exercem, que

se efetuam. Por outro lado, em que pesem as relações de poder conformadas nos ambientes de trabalho, há que se considerar a questão da subjetividade como um elemento diferenciador, com suas singulares injunções intersubjetivas.

Levine (1999) afirma que o caminho para curar os sintomas traumáticos em seres humanos está em nossa fisiologia. Quando comparado com o que é percebido como uma ameaça inevitável ou avassaladora, os seres humanos e os animais usam a mesma resposta de imobilidade. É importante compreender que essa função é involuntária. Isso simplesmente significa que o mecanismo fisiológico que governa essa resposta está nas partes primitivas (tronco-cerebral ou sistema reptiliano do cérebro) e instintivas de nosso cérebro e sistema nervoso e está sob nosso controle consciente.

No tratamento do TEPT com o método SE[®], para sair da fixação do trauma, o terapeuta auxilia o cliente a finalizar as respostas fisiológicas incompletas de sobrevivência, correspondentes a luta, fuga ou congelamento, e a depender do estágio do ciclo que é interrompido, produz um transtorno específico na fisiologia do SN. Esse processo é realizado no nível fisiológico, mais especificamente, com o comportamento do sistema nervoso autônomo (SNA) do sujeito, lidando com a ativação contida no simpático e a desativação no parassimpático. Como afirmam Biscaia e Fernandes (2016), o SE[®] visa recompor as respostas fisiológicas de defesa e de orientação que foram danificadas com o choque traumático, completar as respostas incompletas de orientação e defesa e retomar a capacidade exploratória e o estado de curiosidade, próprios de um organismo saudável.

Durante as sessões de SE[®], houve mudanças significativas na vida profissional dos sujeitos da pesquisa, como mostram os seguintes discursos:

“Eu hoje **tenho autoconfiança...** porque eu estou com **outra postura...**” [em relação à vida profissional] (S1). E continua: “(...) eu me **senti bem no trabalho.**” (S1)

“(...) estou me sentindo mais tranquila para **enfrentar as coisas** [situações do trabalho].” (S3)

Verifica-se, nos discursos de S1 e S3, que houve uma mudança em relação à maneira como as pessoas enfrentam as situações de assédio, ao adquiriram mais confiança em si mesmas.

Nos sujeitos S2 e S5, percebe-se que houve uma modificação de postura, quando se depararam com o assediador, como se vê a seguir:

“Eu não tive medo de olhar para ele (...) ele não olhava para mim, isso eu observei o tempo todo (...) e eu olhei para ele.” (S2). “(...) me senti bem por que eu não me senti intimidada.” (S2)

“(...) deu para ver que é bobagem me incomodar com ela, hoje não me sinto intimidada.” (S5)

Como visto no quadro e no relato acima, os sujeitos se referiram aos superiores empregando os termos a “ele” e a “ela” como sujeitos perpassados pela figura do assediador, deixando claro, no não dito, que, antes, eles causavam medo e provocavam impotência, ou seja, saíram da situação de vítimas quando não permitiram ser assediados. Ao lidar com pessoas vitimizadas, o terapeuta de SE[®] pode oferecer, através de recursos, formas eficientes para que o indivíduo possa lidar com experiências difíceis e que apresentem benefícios terapêuticos através do relaxamento e das sensações corporais positivas.

Segundo Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), a maior parte das pessoas, particularmente as que estão estressadas ou traumatizadas, tende a se concentrar, mais precisamente, em estímulos interoceptivos negativos, como arautos de sua aflição. Uma iniciativa importante para o terapeuta de SE[®] é chamar a atenção do cliente para marcadores somáticos positivos, e não, aversivos.

Dentre os sujeitos da pesquisa assediados, alguns necessitaram de um número maior de sessões de SE[®], portanto, deixaram vislumbrar seu protagonismo em suas experiências singulares com o enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho. Vale ressaltar que, embora muitos trabalhadores, em espaços diferentes de trabalho, sofram assédio moral, por exemplo, nem todos desenvolvem TEPT.

Quadro 5 – Reexperimentações e revivências do evento traumático com repercussão no trabalho baseadas nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013)

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“(…) eu cheguei aqui uma pessoa cheia de medos.” “(…) porque eu criava fantasmas na minha cabeça: - se ele [o assediador] fizer isso, se ele fizer aquilo outro, tinha esses fantasmas na minha cabeça. ” “Às vezes eu tenho medo... é o humano... tenho medo é do ambiente de trabalho.”	“(…) eu cheguei aqui uma pessoa cheia de medos, cheia de fantasmas do passado, fantasmas do futuro. Porque eu criava fantasmas na minha cabeça se ele [o assediador] fizer isso, se ele fizer aquilo outro, tinha esses fantasmas na minha cabeça.” (S2) “(…) E ter liberdade de fazer o meu trabalho sem ter o receio de que ele [o assediador] possa me prejudicar.” (S2) “Às vezes, eu tenho medo... é o humano... tenho medo é do ambiente de trabalho...que eu vou enfrentar.” (S3) “(…) estou me sentindo muito assediada moralmente não só eu como vários colegas.” (S5)
“(…) será que tudo isso que aconteceu, eu não tive uma parcela de culpa para que isso acontecesse.” (S2) “(…) contava só aquilo que me trazia culpa sei lá, que é como se eu tivesse me flagelando, me culpando sabe pela situação como se eu tivesse no poço de autopiedade.”	“(…) será que tudo isso que aconteceu, eu não tive uma parcela de culpa para que isso acontecesse.” (S2) “Me sentia muito culpado (...) foi mais difícil para mim aceitar ser réu por ser de um acidente de trânsito.” (S4) “(…) é como se tudo aquilo que me fosse favorável eu fizesse questão de ficar de fora de excluir de história entendeu ... e contava só aquilo que me trazia culpa, que é como se eu tivesse me flagelando, me culpando sabe pela situação como se eu tivesse no poço de autopiedade. ” (S4)

“(...) toda vez que eu tocava no assunto era como se revivesse de novo, era como se eu tivesse sofrendo tudo de novo.” “É que as perseguições eram sempre de quem estava superior a mim hierarquicamente.”	“(...) quando falo sobre isso é como se eu tivesse voltando ao local, aonde aconteceu [o acidente] e vendo os fatos.” (S4) “(...) toda vez que eu tocava no assunto, era como se revivesse de novo, era como se eu tivesse sofrendo tudo de novo. Parece que o sofrimento que eu tinha passado naquele dia voltava de novo a atormentar naquele momento em que eu estava falando.” (S4) “É que as perseguições eram sempre de quem estava superior a mim hierarquicamente... e quando alguém que é superior a mim hierarquicamente me chama para conversar às vezes assuntos que não são tão relevantes eu já ... é como estou te falando já me deixa muito nervosa. ” (S5)
“(...) eu sou a pessoa que eles querem descartar e fazer sofrer.”	“(...) a minha percepção é que estou dando murro em ponta de faca, eles não têm o menor interesse em resolver meu problema de saúde, nem de trabalho nenhum (...) eu sou a pessoa que eles querem descartar e fazer sofrer.” (S3)
“(...) você dorme e acorda pensando naquilo [transferência do local de trabalho]... aquilo [a situação vivenciada] ali é uma coisa torturante.”	“(...) você dorme e acorda pensando naquilo [transferência do local de trabalho]... aquilo [a situação vivenciada] ali é uma coisa torturante. ” (S3) “(...) só em falar [do acidente] já me trazia a memória tudo aquilo de novo.” (S4)
“Retornar ao trabalho isso era feito com um certo temor, com uma certa apreensão.”	“(...) todas as vezes que eu tinha que retornar ao trabalho isso era feito com certo temor, com certa apreensão.” (S4)

Observamos, no quadro 05, que os fragmentos discursivos dos sujeitos S1, S2 e S4 trazem recordações aflitivas, incluindo imagens, pensamentos e percepções. Essas recordações são disparadoras da memória de longa duração do evento traumático e repete o trauma continuamente.

De acordo com o pensamento de Izquierdo (2011), todas as pessoas que recordam por mais tempo e com mais detalhes acontecimentos que ocorreram com um forte grau de alerta emocional desenvolvem o que esse autor denomina de memórias de longa duração. Netto (2013) refere que os *flashbacks* podem ser qualificados como re-experiência e ser vividos através de sonhos traumáticos. A autora acrescenta que os *flashbacks* são ocorrências dissociativas em que os indivíduos se comportam como se o evento que provocou o trauma estivesse se repetindo no exato momento. Essas revivências ocorrem devido ao fato de a energia traumática que foi mobilizada para lutar ou fugir não ter sido executada e ter ficado acumulada no sistema nervoso. Levine (2012) afirma que, quando a mobilização não é concretizada, essa energia potencial fica memorizada como um procedimento incompleto dentro da memória implícita do sistema sensorio-motor.

Os discursos dos sujeitos pesquisados também deixaram claro o forte conteúdo emocional, quando relatam situação de profundo medo e culpa. A região subcortical, que corresponde ao sistema líbico hipotalâmico, fica desorganizada, uma vez que essas memórias de longa duração, situadas na região hipocampal, ficam irritadas pela amígdala cerebral, tornando os conteúdos intensos ao se tratar de emoções.

O método SE[®] pode promover e restaurar o funcionamento neurofisiológico dos centros subcorticais. Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) afirmam que essa reorganização pode ser conseguida por meio da atenção focada na interocepção em vez de estar focada na cognição. O impulso traumático é atrator, e se não for modificado, conduzirá o indivíduo a um ciclo vicioso de medo intenso, angústia e culpa, que causam a retraumatização. Nessa circunstância, o terapeuta deverá conduzir a sessão para que seu interagente possa experimentar a menor gota possível da ativação simpática, de forma segura, gentil e gradual, e trabalhar com a ativação e a desativação do sistema nervoso (SN) através da sensopercepção, utilizando as ferramentas do método SE, principalmente a titulação e a pendulação, entre o vórtex de traumático e o contra vórtex.

Esse trabalho foi possível porque os sujeitos da pesquisa vivenciaram, através de um ambiente enriquecido, as experiências interoceptivas e emocionais, e através da suspensão do controle cortical, conseguiram liberar, de forma titulada, a energia simpática retida no sistema nervoso, reequilibrando o sistema simpático-parassimpático. Para Payne, Levine e Crane-Godreau (2015), os sistemas subcorticais (RRN) têm mecanismos intrínsecos para restabelecer a autorregulação e o equilíbrio autônomo; e nesse caso é papel do terapeuta de SE[®] facilitar esse processo durante as sessões.

Para além das recordações aflitivas, também se constatou a presença de sofrimento psíquico intenso, devido a exposições internas enfrentadas no ambiente de trabalho e evocadas pelas memórias do trauma nos fragmentos discursivos dos sujeitos S2, S3 S4 e S5. O sofrimento mental do trabalho está presente nas relações de poder e em situações diversas que causam conflitos, muitas vezes, expressos através do choro, do medo e da angústia.

Ao falar do sofrimento psíquico ocorrido no ambiente de trabalho, Dejours (1992) afirma que é o resultado da organização do trabalho, que ele define como a divisão do trabalho, o conteúdo do serviço (à medida que muda de direção), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as relações de responsabilidades.

Nos discursos dos sujeitos, o medo e a angústia, causados pela situação traumática adquirida no ambiente de trabalho, trazem sofrimento psíquico profundo.

Levine (2012, p. 65) assevera que

[...] uma pré-condição para o desenvolvimento de transtorno pós-traumático é que a pessoa esteja com medo e, ao mesmo tempo, se sinta aprisionada. A interação de medo intenso com a imobilidade é fundamental na formação do trauma, em sua manutenção e em sua desconstrução, resolução e transformação.

O clima organizacional enfrentado pelos sujeitos era angustiante, porque estavam imobilizados e amedrontados. Para o SE[®], o que os pesquisados puderam sentir depois de ser liberada a ativação simpática retida no SN foram a autorregulação e a sensação de bem-estar.

Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) acreditam que o SE[®] extingue o medo de forma bem mais rápida e com muito menos desconforto, provavelmente através de um mecanismo diferente do que é postulado pelas terapias de exposição.

Nas sessões de SE[®], quando ocorre a descarga da ativação simpática, surge o relaxamento, e o sistema nervoso volta ao seu funcionamento basal, o organismo passa por uma completude biológica.

Pode-se afirmar que ocorreram mudanças significativas depois que a energia traumática que estava presa no sistema nervoso foi sendo liberada gradativamente durante as sessões de SE[®]. Os discursos seguintes confirmam essa assertiva:

“(...) para mim é como se eu tivesse **relatando uma história** [do evento traumático], antes me alterava ... hoje não”. (S1)

“(...) eu **sinto prazer** em estar **no meu ambiente de trabalho**.” (S2)

“(...) **olhar diferente para a cena do acidente**, foi um olhar que a terapia me deu.” (S4)

Durante o processo terapêutico, a autorregulação acontece quando o interagente, encorajado pelo terapeuta, consegue desacoplar o medo da imobilidade e liberar a energia contida no sistema nervoso. Podem-se perceber as mudanças ocorridas em relação ao medo e à culpa nestes discursos dos sujeitos da pesquisa:

“(...) hoje eu **não sinto** mais **esse medo**.” (S2) e foi mais além ao reconhecer que os medos eram dela: “(...) eu consegui enfrentar **meus medos**.” (S2)

“(...) tomei a consciência que **eu tenho que andar de cabeça erguida**, eu não tenho que me sentir derrotada, nem cabisbaixa por nada, porque não fiz nada de errado, **não tenho que me envergonhar**.” (S3)

“(...) para mim sabe, isso não tem nada que possa descrever o alívio que me trouxe quando eu **consegui me perdoar** através do trabalho terapêutico (...)” (S4)

Os sujeitos S1, S2, S3, S4, S5 apresentaram reativação fisiológica devido à exposição aos estímulos traumáticos. Seus discursos evidenciam a repercussão no corpo, tanto através de dor quanto de tensões, quando revivem ou experienciam

algo que remete à memória traumática. É no interdiscurso dos sujeitos pesquisados que o sofrimento psíquico, que também pode ser chamado de sofrimento da alma, expresso no corpo através de reações neurofisiológicas, toma outra dimensão, ao se perceber que o outro deflagra o que, na verdade, está dentro de si, e não, fora.

Segundo Levine (1999), 75% das pessoas que vão a uma consulta médica apresentam queixas que são chamadas de psicossomáticas¹⁰, porque não se consegue encontrar justificativa física para ela. O autor acrescenta que os trabalhos que realizou o levaram a crer que muitas dessas pessoas têm histórico traumático que contribuíram para os sintomas.

O sujeito S4 sentia uma profunda sensação de culpa e, até, raiva por se tornar réu de um acidente de trânsito. Isso provocou nele uma hiperativação autonômica e, conseqüentemente, reações corporais. No tratamento com o SE[®], não foi abordado o evento em si, isto é, o acidente de trânsito seguido de morte, mas, de forma gradual, a memória traumática foi sendo acessada e proporcionou uma descarga gradativa, titulando e pendulando entre a carga (ativação/simpática) e a descarga (desativação/parassimpática).

No método SE[®], esse processo de descarga da energia traumática é possível utilizando-se recursos internos, e com a ajuda do terapeuta, através do engajamento social e com o ancoramento dos pés no chão, auxilia a pessoa traumatizada a fazer uma descarga mínima de cada vez, que lhe proporciona relaxamento e sensação de prazer. Para o criador do método, o terapeuta de SE[®] pode

ajudar os pacientes a cultivarem e a regularem a capacidade de tolerar sensações extremas – mediante a autoconsciência refletiva e apoio à auto aceitação – faz que eles consigam modular sensações e sentimentos desconfortáveis. Agora eles podem tocar nessas sensações e emoções intensas por períodos mais longos à medida que aprendem a como controlara sua ativação. Uma vez que o paciente vivencia o “entrar e voltar para fora” sem desmoronar, sua janela de tolerância vai se consolidando. Isso acontece quando se alcança uma interação sutil entre sensações, sentimentos, percepções e pensamentos. (LEVINE, 2012, p. 131)

¹⁰ Doenças psicossomáticas são as que têm um componente psíquico em sua origem. É uma manifestação orgânica, mas provocada por problemas emocionais.

No final das sessões, percebeu-se que o interagente entrava em um estado autonômico mais regulado (equilíbrio homeostático), proporcionando remissão do quadro psicossomático.

Os discursos dos sujeitos denotam o quanto os sintomas psicossomáticos tiveram remissão:

“... meu coração com **batimento normal...**” (S1)

“(...) hoje mesmo o médico disse vai precisar de atestado? **Eu disse não!** por que eu quero ir para o trabalho, eu não quero me afastar.” (S2). E continuou: “Eu acho que **estou equilibrando meu corpo**” (S2).

“(...) eu preciso **respeitar o limite do meu corpo**, então isso eu tenho feito.” (S3)

“O corpo é como se **tivesse mais leve** agora, tivesse **mais solto**, mais a vontade.” (S4)

“Eu estou vendo que já consigo perceber quando estou estressada (...) passei a **entender meu corpo diante do estresse** (...) eu estou aliviada **não sinto dor no corpo.**” (S5)

A afirmação de Levine nos leva a crer que o TEPT, além de provocar sofrimento mental no trabalhador, afeta seu físico, porquanto o corpo e a mente estão profundamente conectados. Ross (2014, p. 25) entende que, “para curar o trauma, é importante compreender que o corpo conserva o registro”. Corroborando esse pensamento, Levine (2012) assegura que a maioria das pessoas só vê o trauma como um problema mental, porém ele também ocorre no corpo, porque as reações ocasionadas pela ativação do sistema nervoso autônomo têm uma resposta neurofisiológica que o corpo sente e vive. Porém, através da terapêutica com o método da SE®, pode-se perceber a remissão ou a liberação dessa sintomatologia que ocorreu nos sujeitos pesquisados.

Quadro 6 – Comportamentos de evitação e entorpecimento em relação ao trabalho baseados nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013)

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“(…) todos os dias eu já acordava com o corpo tremendo: - vou ter que ir para o trabalho era um martírio! ” “Eu não quero ir lá [antigo posto de trabalho] ... eu não tenho condições de entrar no ambiente.” “(…) era muito difícil passar e olhar para o posto, criava aquela tensão quando eu chegava próximo.” “(…) eu não posso nem pensar em ir [trabalhar] senão fico triste.”	“(…) todos os dias eu já acordava com o corpo tremendo: - vou ter que ir para o trabalho era um martírio! (...) eu me sentia mal (...) quando eu me lembrava vou ter que ir para lá.” (S1) “Eu não quero ir lá [antigo posto de trabalho] ... eu não tenho condições de entrar no ambiente, hoje não tenho.” (S3) “(…) tentei esquecer, mas quando penso em ir para [o trabalho](...) eu já não me sinto bem. ” (S3) “(…) sabe que eu não me sinto bem em ir lá ainda.” (S3) “(…) quando eu passava na frente posto de Bayeux para vir para cá, era muito difícil passar e olhar para o posto, criava aquela tensão quando eu chegava próximo.” (S4) “(…) arrisco a dizer que não olhar para o posto talvez fosse isso para não ver os colegas fardados na frente do posto.” (S4) “(…)... eu não posso nem pensar em ir [trabalhar] senão fico triste.” (S5) “(…) ficar longe dali [trabalho] me faz muito bem.” (S5)
“(…) nesse momento que estou com essa dificuldade que não posso nem olhar para as pessoas...” “(…) eu estou me esquivando [dos colegas de trabalho]. “(…) eu não falava com ninguém, ficava no meu lugar [posto de trabalho]	“(…) nesse momento que estou com essa dificuldade que não posso nem olhar para as pessoas [no trabalho].” “(…) eu estou me esquivando [dos colegas de trabalho]. “(…) eu não falava com ninguém ficava no meu lugar [posto de trabalho](...) nesse momento que estou com essa dificuldade que não posso nem olhar para as pessoas.” (S1) “(…) eu tenho até evitado cruzar com as

	peessoas... eu estou me esquivando [dos colegas de trabalho] (...)” (S3)
“Na realidade eu me sinto só ... e somente só ...” “(…) eu sentia que se eu me aproximasse das pessoas [colegas de trabalho], era como se existisse alguma rejeição...”	“(…) porque antes, há algum tempo atrás, há seis meses atrás, eu sentia que se eu me aproximasse das pessoas[colegas de trabalho], era como se existisse alguma rejeição das pessoas, daqueles meus colegas em relação a mim por causa dos meus problemas.” (S2) “Na realidade, eu me sinto só... e somente só (...)”. “Na realidade apoio de ninguém [colegas de trabalho].” (S3) “(…) eu sinto que as pessoas [gestores] se voltaram para se juntar e fazer maldade comigo.” (S3) “Eu sinto como que eu carregasse uma culpa, eu não sei se eu me culpava talvez eu reproduzisse... é... projetasse uma culpa que eu achava que os outros me botavam (...) na minha cabeça é como que, por eu ser policial, eu não poderia ter me envolvido num acidente, entendeu?” (S4) “(…) quando ela [a chefe] entra na sala fica tudo preto...” (S5)
“(…) daqui para frente que perspectiva [de trabalho] que ainda vou ter?” “(…) a sensação que eu estou: é que nenhum lugar [posto de trabalho] é bom para mim...” “E se ela [chefe] me tira do setor antes.”	“(…) porque eu senti uma coisa muito ruim dentro de mim que foi quando eu perdi a esperança. ” (….) e daqui para frente que perspectiva [de trabalho] que ainda vou ter? (…) isso me deu um certo desespero e acho que isso me fez ficar doente. (...) é assim como se a minha vida não tivesse mais objetividade, entendeu?” (S2) “(…) eu estou me sentindo na incerteza (...) agora sabe qual a sensação que eu estou: é que nenhum lugar [posto de trabalho] é bom para mim.” (S3) “E se ela [chefe] me tira do setor antes...” (S5)
“(…) me deixou decepcionada, foi com as pessoas [colegas de trabalho].”	“(…) uma coisa que me chocou nesse processo todo, uma coisa que me deixou decepcionada, foi com as pessoas [colegas de trabalho]. ” (S3)
“(…) eu continuava a conversar, mas a mente ficava ligada ao que aconteceu [acidente].”	“(…) era difícil mesmo só citar sem entrar em detalhes, as sensações que eu tinha eram muito ruins, era mesmo eu não tocando nos detalhes, eu continuava a conversar, mas a mente ficava

	ligada ao que aconteceu [acidente]”. (S4) “(…) Às vezes, eu estou conversando e do nada, me vem aquela tristeza que eu saio de perto das pessoas [colegas de trabalho] para não preocupar, por que eu não estou bem”. (S5)
“(…) eu comecei a não querer ir trabalhar ... quando chegava perto da porta dava aquela suadeira.”	“Essa mudança de percepção eu só senti os efeitos depois de alguns dias quando eu comecei a não querer ir trabalhar... quando chegava perto da porta dava aquela suadeira... e aí aquele medo tomava conta e eu não saía de casa”. (S4)
“(…) aquele prazer de trabalhar foi se perdendo , o prazer de estar no trabalho, a dificuldade que eu vinha sentindo já para vestir a farda.”	“(…) aquele prazer de trabalhar foi se perdendo, o prazer de estar no trabalho, a dificuldade que eu vinha sentindo já para vestir a farda”. (S4)
“(…) eu não sabia que falar [do trabalho] me fazia tanto mal...”	“Aí lembrando eu fico angustiada...” (S5) “(…) eu não sabia que falar [do trabalho] me fazia tanto mal...” (S5)
“ Impotência ... eu não posso mudar isso [assédio]. ”	“Impotência...eu não posso mudar isso [assédio]...sinto pena, sinto angústia e sinto tristeza por não poder mudar isso...” (S5)
“(…), mas ela [a chefe] é como aquela queda de braço : - quem manda aqui sou eu! [falando da chefe]	“(…) mas ela [a chefe] é como aquela queda de braço: - quem manda aqui sou eu! [falando da chefe] ... eu não desrespeito” (S5).

Os sujeitos S1, S3, S4 e S5 se esforçavam para evitar pessoas ou o ambiente de trabalho. Nas falas de S1, S2, e S3, também se percebe o sentimento de estranhamento em relação a outras pessoas. Esse comportamento ocorre devido à exposição constante ao evento estressor vivenciado pelos sujeitos da pesquisa, que apresentam o neocórtex capturado pelo sistema límbico do cérebro, que leva o indivíduo a reagir impulsionado pelos conteúdos emocionais, buscando a evitação como processo primitivo de defesa.

Para Ross (2014), no nível emocional, a pessoa traumatizada apresenta sentimento de isolamento e de alienação, enquanto no nível comportamental, geralmente, demonstra retraimento e comportamentos antissociais.

A evitação é um comportamento típico e presente na maioria dos indivíduos que viveram experiências traumáticas intensas. Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) justificam que isso ocorre porque, numa situação muito estressante, as memórias procedurais (que são subcorticais) das ações inatas de sobrevivência que não foram completadas são armazenadas e, mais tarde, irão ser intrusivas e interferir no funcionamento normal do cérebro (sistema subcortical).

Quando o sistema nervoso sente que não houve completude da energia de sobrevivência mobilizada para a ação, o indivíduo passa a reviver a experiência como se estivesse acontecendo no momento presente, portanto muito comum nos portadores de TEPT, que passam a evitar pessoas ou ambientes que desencadeiam essas memórias traumáticas.

Através das intervenções com o método SE[®], o terapeuta ajuda o indivíduo a permitir que as memórias de longo prazo completem o que foi interrompido no momento do trauma e deixem de ser intrusivas, ou seja, são consideradas memórias intrusivas as recordações involuntárias que surgem espontaneamente e são relacionadas ao evento traumático e/ou as suas consequências.

Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) afirmam que, quando o indivíduo é capaz de digerir suas vivências e de conseguir a completude biológica, pode reconhecer plenamente que sobreviveu. Assim, o cérebro, na região hipocampal, armazena na memória a narrativa das vivências que podem ser lembradas em sequência e são compreendidas como algo que já passou, que está no passado, e só quando forem totalmente assimiladas e conectadas à linha do tempo pelo hipocampo é que podem ficar integradas, e se pode ter a sensação de estar totalmente no momento presente e de que o evento traumático foi algo ocorrido no passado.

Durante as sessões com o método SE[®], a discursividade dos sujeitos pesquisados mostra uma mudança tanto em nível emocional quanto comportamental, como se pode constatar nestes discursos:

“Estou cumprimentando **as pessoas** [no trabalho] sem nenhuma magoa sem nenhum rancor.” (S1)

“Mais **segura em relação a minha estabilidade emocional**, mais tranquila, acho que a palavra é essa: mais tranquila “(...) antes eu ficava só batendo de frente [no assediador], porque eu não aceitava, mas agora eu vejo que **tenho outros caminhos.**” (S2)

“Na última vez que eu fui no [no trabalho]... eu **não fui muito angustiada, fui até só!**” (S3)

“(...) digamos que eu estou no caminho, **para abandonar essa dificuldade**, esse defeito, que seria não conseguir controlar as emoções.” (S4)

“Foi tranquilo o ambiente de trabalho, **as pessoas que eu tinha repulsa já não tenho mais**, eu estou muito indiferente.” (S5)

Segundo Levine (2012), o trauma pode ser denominado de distúrbio da capacidade de o indivíduo estar no momento presente e saber conviver com outras pessoas.

Os discursos dos sujeitos acima denotaram que, através do tratamento com o SE[®], as relações interpessoais podem se modificar. Nos discursos dos sujeitos S4 e S5 é visível a tentativa de evitar sentimentos e conversas associados ao evento do trauma. Durante as situações traumáticas, sentimentos e reações emocionais são comuns e variam entre as pessoas. Discorrer sobre a situação, além de causar sofrimento psíquico, no momento em que se está falando, causa intensa ativação fisiológica do sistema nervoso autônomo.

No processo terapêutico, foi possível verificar que os sujeitos pesquisados entraram em contato com o relato do evento com mais tranquilidade. Os discursos abaixo comprovam essa assertiva:

“(...) agora eu **voltei a falar sobre a situação** [acidente] e não senti mais aquela dificuldade toda que sentia (...) eu entro na história do acidente e **não sinto ativação.**” (S4)

“Quando falava ela [chefe] essa na sala dela já me incomodava, agora ela entra e sai **eu procuro não me incomodar.**” (S5)

Nesse caso, durante as sessões de SE[®], o terapeuta deve ajudar o cliente a desenvolver a consciência e a compreender suas sensações físicas e seus sentimentos (LEVINE, 2012). S2, S3, S4 e S5 expressaram senso de futuro abreviado, principalmente em relação à carreira profissional. Essa falta de expectativa no futuro é ocasionada pelo trauma, pois, como afirma Levine (2012), os humanos, ao contrário dos animais, geralmente ficam enclausurados em uma espécie de limbo, sem se reengajar na vida plenamente, depois de experienciar uma situação que envolva sentimentos de medo ou pavor intolerável. O estudo mostrou que, depois de terem vivenciado um evento traumático no ambiente de trabalho, os sujeitos intersubjetivamente se fixaram no trauma e perderam a perspectiva em relação ao futuro.

O resultado dito nos discursos dos sujeitos nos remete a uma mudança de pensamento em relação ao futuro:

“(...) essa terapia para mim trouxe **outros caminhos**, na minha vida não só profissional como pessoal (...) estou **reorganizando a minha vida**, porque eu estou me sentindo bem.” (S2)

“Eu vejo **muitas possibilidades** [no trabalho]”. (S3)

“(...) como se eu tivesse **começando tudo de novo**, aquela expectativa de quem está indo para o primeiro dia de trabalho.” (S4)

Essa perspectiva de futuro nos discursos desses sujeitos comprova que a liberação do trauma liberta os indivíduos e lhes proporciona um novo horizonte na vida profissional.

Quadro 7 – Hiperativação autonômica com sintomas persistentes não ocorridos antes de o evento traumático ter ocorrido no trabalho, baseados nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013)

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“Chorava lá mesmo [no trabalho]. ”	“(…) chorava lá [no trabalho] mesmo. Aí eu comecei a sentir um tremor... tu sabes o que é um corpo tremido? Me assusto por qualquer coisa (...) É uma inquietude que me incomoda, é como se eu estivesse assim, desequilibrada”. (S1) “(…) se eu pensar no problema... eu choro e aí eu fico pensando: aí me dá ansiedade não consigo dormir.” (S5)
“(…) eu tinha muita magoa, muito rancor tinha ódio deles [gestores] lá eu pensava assim queria que caísse uma bomba e explodisse tudo.” “(…) por que tinha situações que me deixavam irritada.” “(…) fico com raiva querendo bater ” “(…) a minha tendência é partir para o embate é reagir... é discutir... são argumentar...é falar mais alto.” “(…) eu estava com muita raiva pelo que fizeram comigo”.	“(…) eu tinha muita mágoa, muito rancor, tinha ódio deles [gestores]. Lá eu pensava assim, queria que caísse uma bomba e explodisse tudo (...). Eu perdia o controle mesmo, descontrolava. Eu já chegava na defensiva, já para brigar, chegava na guarda.” (S1) “(…) por que tinha situações que me deixavam irritada (...), mas eu ainda sinto assim um negócio que mexe com meus nervos.” (S2) “(…) fico zangada quando lembro do que aconteceu [assédio no trabalho] ... fico com raiva querendo bater. (...) “É.. mas, assim, esse processo me deixou um pouco arisca.” (S3) “(…) eu estava com muita raiva pelo que fizeram comigo”. (S5)
“(…) por que sempre quando ia falar com essas pessoas [gestores] eu já estava totalmente eletrizada.” “(…) quando eu chego, nossa! Me subiu	“(…) por que sempre quando ia falar com essas pessoas [gestores] eu já estava totalmente eletrizada (...) eu até pouco tempo não era assim, eu precisava tomar nem que fosse um quarto de lexotan de 3mg para

uma adrenalina, um nervoso.”	poder controlar (...), por qualquer motivo eu estava com ansiedade.” (S1) “(…) um dos chefes... falou: ‘depois dá um pulinho na minha sala que eu quero falar com você’. Quando eu chego, nossa! me subiu uma adrenalina, um nervoso.” (S5) “(…) fui na sala dele [chefe]! e falei: o que foi? meu coração disparava, já estava nervosa...como fiquei nervosa.” (S5)
“(…) eu chegava lá [no trabalho] já com palpitação.” “(…) eu ficava numa tensão muito grande ... com muito medo.” “(…) toda vez que eu falo [sobre a mudança do local de trabalho] estressa um pouquinho sinto uma agitação.” “(…) estou ansiosíssima ... eu me senti muito assediada, muito perseguida.”	“(…) eu chegava lá [no trabalho] já com palpitação quando eu me levantava já saia contrariada chegava lá com taquicardia inúmeras vezes minha pressão chegava a 160/100.” (S1) “(…) eu ficava numa tensão muito grande ... com muito medo”. (S2) “(…) toda vez que eu falo [sobre a mudança do local de trabalho] estressa um pouquinho sinto uma agitação...” (S3) “(…) essa semana eu comecei a ficar ansiosa, minha licença termina na semana que vem... já não dormi bem.” (S3) “(…) hoje eu estou ansiosíssima... eu estou mal, só de pensar que meu nome está ali acusada, eu acho que é uma ingratidão comigo...eu me senti muito assediada, muito perseguida.” (S5)
“Eu tenho dificuldade de concentração... só conseguia trabalhar uma hora, no máximo, duas horas.”	“Eu tenho dificuldade de concentração (...) eu senti uma dificuldade de me concentrar (...) e só conseguia trabalhar uma hora, no máximo duas horas.” (S3)

“(…) o que ele [assediador] vai fazer contra mim? ”	“(…) pelo ambiente que se criou em relação ao assédio que eu sofri, e também do que poderia acontecer, eu ficava muito nesse: ‘_ o que pode acontecer? o que ele [assediador] vai fazer contra mim?’ (S2)
“Eu tenho que me controlar, mas não consigo. ”	“(…) quando eu entro no [local de trabalho] eu sinto que não consigo parar de falar [no ocorrido] eu tenho que me controlar, mas não consigo.” (S3)
“eu fico pensando que é em relação ao PAD...”	“No meu trabalho, o que me ativa é assim, quando chega alguém perto de mim para dar uma notícia e eu fico pensando que é em relação ao PAD ¹¹ ...” (S5)

A irritabilidade ou ataque de raiva esteve presente no discurso dos sujeitos S1, S2, S3, S4 e S5.

Uma resposta de defesa incompleta e não descarregada que, geralmente, acontece com o homem pode levar ao trauma e, subjacente a ela, poderão estar presentes sentimentos de medo, raiva ou terror, acoplado ao congelamento.

Segundo Netto (2013), as pessoas acometidas de trauma, comumente, buscam explicação para o evento traumático, o que gera atribuições e percepções errôneas a respeito da situação. Sentimento de culpa e percepções alteradas de si e do mundo ao seu redor são bastante comuns.

Essa culpa, não raras vezes, causa irritabilidade, raiva e vergonha, e como essas sensações e emoções ficam bloqueadas, o indivíduo traumatizado não a percebe. Esse bloqueio pode acontecer consciente ou inconsciente, e muitos pacientes têm receio que sua ira possa ferir outros ou a si mesmos, se perderem o controle. Por essa razão, exercem um tremendo esforço para cerceá-la, mesmo antes de senti-la. Quando o tratamento avança, a raiva se tornará mais presente. (NETTO, 2013)

¹¹ PAD: Processo administrativo disciplinar é o *instrumento* destinado a apurar a responsabilidade do servidor por infração praticada no exercício de suas atribuições, ou que tenha relação com as atribuições do cargo em que se encontre investida (Lei 8112/90, art. 148).

Ao tomar mais consciência da raiva, os sujeitos podem liberar a energia retesada no SN através de uma agressividade saudável¹², isso é possível segundo Payne, Levine, Crane-Godreau (2015), a partir do momento em que o terapeuta ajuda o sujeito para prestar atenção às suas sensações internas ou notar os impulsos motores sutis relacionados com as respostas de defesa (luta/ fuga) incompletas.

Vejam-se como os sujeitos da pesquisa se percebem em relação às emoções:

“(...) entrei aqui tomando remédio e fazendo um tratamento psiquiátrico para poder controlar as minhas emoções, e **vou sair daqui sem medicamento nenhum**, eu achei fantástico!” (S2)

“(...) deixei de me **angustiar**, nessa história [assédio].” (S3)

“**Não me sinto mais culpado** (...) eu seria incapaz de tirar a vida de alguém.” (S4)

“Eu achei o máximo que **eu não tinha sido agressiva** [durante uma reunião] (...)” (S5)

A liberação das emoções que estavam retesadas no sistema nervoso, durante as sessões de SE®, foram desacopladas das sensações e liberadas. Os sujeitos S1, S2, S3, S4 e S5 apresentavam uma hipervigilância, principalmente ao se referirem ao ambiente de trabalho. Levine (1999) entende que, quando os indivíduos estão traumatizados, os sistemas internos permanecem ativados, e eles ficam hipervigilantes, porém incapazes de identificar a causa dessa ameaça onipresente. Essa hipervigilância ocorre devido a uma hiperativação do sistema nervoso, uma atividade que dá a energia que será usada como resposta de sobrevivência. E como a pessoa se sente ameaçada, o sistema nervoso se mobiliza para enfrentar o perigo. Depois de passar por esse desafio, ela diminui. Para a pessoa traumatizada, o

¹² Termo utilizado por Peter Levine durante Workshop ocorrido em maio de 2015 em Salvador-BA (Brasil).

processo de ativação é associado à experiência avassaladora de estar preso pelo medo que, geralmente, impede o ciclo de ativação e desativação (LEVINE, 1999).

Os sujeitos desta pesquisa apresentaram uma hiperativação autonômica, devido ao medo e à sensação de impotência provocada pelo evento traumático, e o fato não conseguirem liberar essa energia de sobrevivência provocou a instalação do TEPT. Com o desacoplamento do medo em relação à sensopercepção, o sujeito, durante o processo terapêutico, pode liberar a energia traumática, ou seja, o descongelamento e, conseqüentemente, o desaparecimento do medo. Isso ocorre devido à liberação através de reações neurofisiológicas que deveriam ter ocorrido depois do evento traumático, mas não aconteceu, como tremores ou choro, e que são mecanismos naturais e primitivos de autorregulação orgânica.

Os tremores ou choros são respostas involuntárias provocadas pelo sistema nervoso, que promovem relaxamento físico e reduzem a ansiedade. Isso ocorre através do eixo hipotálamo-glândula pituitária-glândula adrenal (HPA), envolvido na fisiologia do estresse, ou seja, ocorre uma desativação do eixo através do sistema límbico hipotalâmico, para evitar a produção dos hormônios das glândulas adrenais (adrenalina, noradrenalina e cortisol).

Corroborando esse pensamento, Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) afirmam que movimentos involuntários, alterações dos padrões respiratórios, bocejos, sacolejos, tremores, liberação ou descarga da intensa ativação biológica nos seres humanos podem frustrar essa descarga da ativação do sistema nervoso como: medo do próprio processo de liberação ou descarga, prolongamento da situação traumática, considerações cognitivas e psicossociais complexas e, principalmente, a interferência cortical.

Nos discursos dos sujeitos pesquisados, fica dito e também percebido no não dito que ocorreram descargas de forma gradual que alteraram o quadro de sintomas do TEPT e modificaram suas respostas físicas, mentais e comportamentais.

“Antigamente eu **ficava trêmula e hoje eu não sinto isso** (...) tinha que tomar um lexotan para ir [para o trabalho] ... hoje eu não sinto mais essa necessidade...” (S1)

“(...) ele [assediador] **não vai mais me atingir**, por que eu sei como reagir.” (S2)

“(...) na realidade, eu estou me sentindo **mais segura, menos ansiosa.**” (S3)

“(...) todas as vezes que eu tinha que retornar ao trabalho isso era feito com certo temor, com certa apreensão, e dessa vez, **não está tendo temor, apreensão.**” (S4)

“(...) eu estou **menos intimidada** (...)” (S5)

No dito e no não dito do discurso dos sujeitos acima, fica evidente que, no percurso do tratamento com o método SE[®], houve uma libertação da carga de ativação simpática do SN, quando houve mudanças na fisiologia e no comportamento dos pesquisados. Assim, têm-se indivíduos mais resilientes, que lidam melhor com as situações adversas do ambiente de trabalho.

Para o criador do método SE[®], cabe ao terapeuta:

Ajudar os pacientes a cultivarem e regularem a capacidade de tolerar sensações extremas – mediante a autoconsciência refletiva e apoio à autoaceitação – faz que eles consigam modular sensações e sentimentos desconfortáveis. Agora eles podem tocar nessas sensações e emoções intensas por períodos mais longos à medida que aprendem a como controlara sua ativação. Uma vez que o paciente vivencia o “entrar e voltar para fora” sem desmoronar, sua janela de tolerância vai se consolidando. Isso acontece quando se alcança uma interação sutil entre sensações, sentimentos, percepções e pensamentos. (LEVINE, 2012, p. 131)

Essa capacidade que o indivíduo adquire de ampliar sua janela de tolerância é a resiliência no sistema nervoso, que ajuda esse indivíduo a entrar em contato com suas sensações mais profundas.

Quadro 8 – A duração dos sintomas do quadro 3, 4 e 5 deve ser superior a um mês, com base nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“Há muito tempo”	“(…) eu estou com isso há muito tempo (…)” (S1)
“Junho de 2012 ... isso começou ...logo que eu dei entrada nos processos administrativos...”	“Junho de 2012 o problema começou (...) Isso começou...logo que eu dei entrada nos processos administrativos”. (S2)
“(…) eu trouxe os atestados estou 60 dias afastada ... só que eu já tinha tido no período anterior”	“Na verdade ... eu trouxe os atestados estou 60 dias afastada ... só que eu já tinha tido no período anterior” (S3).
“(…) três meses de tratamento [internado em uma clínica de recuperação] (...). ” “(…) cinco anos e meio. ”	“(…) eu vou completar três meses de tratamento [internado em uma clínica de recuperação]”. (S4) “Faz cinco anos e meio mais ou menos [que ocorreu o acidente]. ” (S4)

Todos os sujeitos apresentaram o quadro de sintomatologia do TEPT por mais de um mês. Essa afirmativa foi comprovada em suas falas e/ou nas informações documentais do próprio SIASS, como no caso do S5, que teve o início de atestado em maio de 2013.

O quinto critério diagnóstico prescreve que os sintomas devem durar acima de um mês. Nos casos em que ocorrem distúrbios só no primeiro mês, é caracterizado como transtorno de estresse agudo, período em que se apresentam reações adaptativas dos sintomas, o que é normal, com uma remissão gradativa (NETTO, 2013; APA, 1994). Assim, tanto no discurso de quatro sujeitos pesquisados quanto na informação documental do prontuário de um sujeito nos arquivos do

SIASS, confirmou-se o diagnóstico de TEPT, e não, um transtorno agudo de estresse.

Quadro 9 – Sintomas que causaram sofrimento ou prejuízo ao funcionamento social, laborativo ou em outras áreas importantes da vida dos sujeitos, baseados nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“(...) eu cheguei aqui: como eu dizia, toda fragmentada! ”	“Foi desse trabalho que eu cheguei aqui: como eu dizia, toda fragmentada! (...) perdida sem perspectiva até revoltada com o pessoal. ” (S1)
“Até no diálogo eu não tinha uma conversação e me lamentava muito isso é triste, é ruim.” “(...) no começo da minha história na polícia eu era bem menos irritado.”	“(...) por que eu estava sempre estressada: quando chegava lá, [no trabalho]. Até no diálogo eu não tinha uma conversação e me lamentava muito isso é triste, é ruim.” (S1) “(...) no começo da minha história na polícia eu era bem menos irritado” (S4)
“Eu não tenho confiança em trabalhar”	“(...) eu não tenho confiança em trabalhar. (...)” (S2)
“(...) minha vida pessoal acaba sendo afetada ..., mas, principalmente, minha vida profissional ... eu sinto como se tudo que eu tivesse construído profissionalmente tivesse sido jogado no lixo, na lama. ” “(...) a decepção [no trabalho] foi imensa, me tirou do prumo ... eu desabei. ” “(...) por eu ser policial, eu não poderia	“(...) minha vida pessoal acaba sendo afetada (...), mas principalmente minha vida profissional (...) eu sinto como se tudo que eu tivesse construído profissionalmente tivesse sido jogado no lixo, na lama. ” (S3) “(...) a decepção [no trabalho] foi imensa, me tirou do prumo (...) nunca tinha me sentido assim eu desabei. ” (S3) “(...) eu olhava muito para minha situação na polícia é... como alguém indigno de está vestindo aquela farda (...). Na minha cabeça, é

ter me envolvido num acidente. ”	como que, por eu ser policial, eu não poderia ter me envolvido num acidente. ” (S4)
“(…) não me sinto tão produtiva poderia ser mais [produtiva]. ”	“Porque eu não me sinto tão produtiva poderia ser mais [produtiva]. ” (S3)
(…) eu não conseguia passar da porta: me arrumava todos os dias... não tinha coragem de sair! ”	“(…) foi feito um processo administrativo por abandono do trabalho, mas eu não conseguia passar da porta: me arrumava todos os dias, mas chegava na porta, não tinha coragem de sair! ” (S4)
“(…) eu tive um processo por abandono de trabalho , porque eu cheguei ao ponto de não sair de casa: eu tinha medo de botar o pé na rua, eu cheguei a esse ponto! ”	“(…) a verdade é que o trauma evoluiu para uma depressão, e aí começaram a vir afastamentos maiores de trabalho. Houve um período inclusive, que eu tive um processo por abandono de trabalho, por que eu cheguei ao ponto de não sair de casa: eu tinha medo de botar o pé na rua eu cheguei a esse ponto! Também foi feito diagnóstico de síndrome do pânico. ” (S4)
“(…) eu tenho pavor de ir naquele lugar [trabalho] ... cheio de gente egoísta. ” (Choro)	“Eu estou sentindo uma angústia muito grande, por que eu sempre gostei do que eu faço, hoje eu tenho pavor do que eu faço, eu tenho pavor de ir naquele lugar [trabalho]...cheio de gente egoísta. ” (Choro) (S5)

De acordo com as falas analisadas, os sintomas causaram sofrimento e prejuízos tanto na vida pessoal quanto na profissional do S1, S2, S3, S4 e S5. Segundo expressaram, o trauma sofrido foi transformado em vergonha, humilhação, mágoa e medo, e o evento traumático provocou prejuízos tanto em sua vida profissional quanto na pessoal. Nos indivíduos traumatizados, o estado de

impotência e de congelamento é presente, provocado pelo estado de pavor que o evento traumático ocasiona, porquanto se fixa no sistema nervoso.

Para Porges (2012), os sentimentos de intenso estado de terror podem provocar situação de imobilização total ou de congelamento e intensa raiva ou ansiedade, que pode ser associada a uma mobilização acentuada. A raiva e o medo têm relação instintiva com a reação de sobrevivência para lutar e fugir, e quando isso não ocorre, vem o estado de imobilidade ou congelamento. Essa situação foi vivenciada por todos os sujeitos pesquisados quando passaram por uma situação traumática no ambiente de trabalho, que provocou estado de imobilidade devido ao medo.

Durante os estados emocionais, a função homeostática normal é perturbada para que a pessoa possa expressar suas emoções, porém, se esse estado emocional se prolongar, a condição fisiológica será mantida pela ativação do sistema simpático e endócrino (PORGES, 2012). Quando essa ativação do sistema nervoso simpático é retesada e não eliminada, provoca o acoplamento traumático e, conseqüentemente, o adoecimento.

Corroborando esse pensamento, Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) afirmam que o sistema nervoso autônomo fica bloqueado em um estado disfuncional devido à altíssima ativação de ambos os sistemas simpático e parassimpático, e isso porque podem oscilar aleatoriamente entre os extremos. Essa oscilação pode se manifestar com sintomas que se alternam entre um desligamento depressivo e ansiedade extrema ou raiva. Isso é um estado disfuncional específico de operação do sistema dinâmico complexo, que, através de uma intervenção apropriada, pode retornar a um funcionamento normal do estado emocional e resiliente.

Esse estado disfuncional foi vivenciado pelos sujeitos da pesquisa, depois de terem sofrido o choque traumático no âmbito da organização do trabalho nas instituições onde trabalham. O adoecimento decorrente de situações que têm relação com a organização do trabalho e que provocam constrangimentos como pressões e imposições pode desorganizar o equilíbrio psicofisiológico e/ou mental do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011), causar constrangimento, como é o caso de assédio moral, e trauma severo, o que prejudica sua vida tanto no âmbito pessoal quanto no do trabalho.

Superar essas dificuldades, através da renegociação do trauma, foi uma forma de os sujeitos pesquisados terem uma nova visão sobre o trabalho. Vejam-se estes discursos:

“(...) eu estou **me sentindo muito bem**, muito bem mesmo, eu **estou renovada** essa é a verdade, se tivesse feito isso [terapia] há mais tempo não teria passado tanta dificuldade no trabalho. (...) então não foi a mudança de órgão, **foi a mudança que aconteceu em mim** depois que comecei a terapia.” (S1)

“Dentro do local de trabalho eu tenho me sentido melhor, **estou me sentindo bem, estou sentindo prazer**. (...) eu estou feliz no meu trabalho, apesar dos vieses que aconteceu no meu dia a dia, **eu estou feliz!**” (S2)

“(...) apesar das dificuldades, lá [o trabalho] **tem me feito bem**, me sentindo produtiva.” (S3)

“(...) desde o acidente eu não **me sentia tão bem diante da expectativa de voltar ao trabalho**, isso tem sido um diferencial importante para mim.” (S4)

“Hoje não tem mais a vinculação da droga então eu **vejo no meu trabalho o motivo da minha inspiração**.” (S4)

“(...) eu **sinto muito prazer** quando estou atendendo [no trabalho]”. (S5)

Os sujeitos trouxeram em seus discursos a resposta da terapia com SE[®]. Isso significa que o TEPT adquirido no ambiente de trabalho pode ser tratado. Fica evidente também que, ainda que o ambiente de laborativo esteja doente, ou seja, a organização do trabalho, ao adquirir resiliência do SN, os sujeitos conseguem lidar com a diversidade existente nesse ambiente e ficam mais fortes e resistentes ao risco de adoecimento mental provocado pelo ambiente.

6.3 REPERCUSSÕES NA VIDA PESSOAL

2ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: Quais as respostas apresentadas durante o processo do tratamento que repercutiram na vida pessoal dos portadores de TEPT?

Neste item, são analisados os recortes discursivos distribuídos nos quadros seguintes, cuja finalidade é de dar informações sobre a condição de produção dos sujeitos pesquisados quando chegaram ao SIASS (MF/PB) e como isso repercutiu em sua vida pessoal.

Quadro 10 – Reexperimentações e revivências do evento traumático com repercussão na vida pessoal baseadas nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; NETTO, 2013).

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“Aí eu tinha pesadelo”. “(…) são dores fortes dos sonhos ... isso é muito ruim para mim.”	“Aí eu tinha pesadelo” (S1). “Esses pesadelos são terríveis (...) olhe eu estou assim preocupada porque são coisas muito reais quando eu acordo, é como se o corpo tivesse sofrido tudo que aconteceu naquele sonho... são dores fortes dos sonhos... isso é muito ruim para mim.” (S2)
“(…) eu adoeço, eu tenho uma resposta somática.” “(…) eu sentia no meu corpo medo, eu sentia angustia, eu sentia dor.” “(…) não encontrava a causa de jeito nenhum só tomando remédio direto e era aquela vontade de chorar, me enclausurei mesmo não tinha nem vontade de sair de casa.”	“(…) muitas vezes eu até adoeço, (...) eu me altero, eu adoeço, eu tenho uma resposta somática”. (S1) “(…) eu digo assim na época que aconteceram os fatos eu sentia no meu corpo medo, eu sentia angustia, eu sentia dor”. (S2) “(…) o emocional era muito forte o fisiológico era muito forte e afetou todo meu corpo... eu adoeci; eu sentia dores no corpo inteiro dores muitas vezes que não encontrava a causa... não encontrava

“(...) é como se eu fosse surrada” “É como se eu tivesse levado uma marretada...” “(...) quando falava sobre o acidente, dava aquela sensação de travar de não querer sair a voz a respiração ficava ruim (...).”	a causa de jeito nenhum só tomando remédio direto e era aquela vontade de chorar, me enclausurei mesmo não tinha nem vontade de sair de casa”. (S2) “(...) eu tive uma demonstração clara de como a emoção me afetou fisicamente, e no dia desse processo teve um dia que estava tudo certo tudo resolvido os setores concordaram com minha permanência e de repente foi indeferido tudo que tinha sido liberado anteriormente (...) já cheguei em casa dolorida (...) no final do dia eu mal me mexia (...) e assim nos últimos dias eu realmente senti...o quanto pesou no meu corpo esse estresse todo (...).” (S3) “(...) tudo tem me afetado”. (S3) “(...) é como se eu fosse surrada”. (S3) “É como se eu tivesse levado uma marretada...”. (S5) “(...) tinha uma coisa que quando eu estava conversando [sobre o acidente] ficava tudo duro, era difícil até de respirar parecia que o pulmão estava sendo empurrado por duas paredes uma contra a outra...” (S4) “(...) quando falava sobre o acidente dava aquela sensação de travar de não querer sair a voz a respiração ficava ruim.” (S4) “(...) depois da greve eu venho sentindo muita dor eu sentia dor entre a perna e o pé, eu sentia dores no joelho eu tive tendinite, artrose, artrite, e na coluna sentia muita dor no pescoço.” (S5) “(...) muito tempo, no meu dia, eu não estou bem, estou triste... ou estou com essa dor, essa angustia, essa dor no pescoço entendeu...” (S5)
---	--

“(…) eu me sinto envergonhada , eu fico sem saber por que eu me sinto envergonhada”.	“(…) é uma sensação ruim... é como... eu me sinto envergonhada, eu fico sem saber por que eu me sinto envergonhada”. (S3)
“(…) falar sobre isso traz certa tristeza certa decepção.”	“(…) falar sobre isso traz uma certa tristeza uma certa decepção no campo pessoal porque talvez a história pudesse ter sido bem diferente se não tivesse acontecido esses fatos [acidente].” (S4)
“(…) eu não podia nem tocar no assunto que eu chorava compulsivamente .”	“(…) eu não podia nem tocar no assunto que eu chorava compulsivamente.” (S3) “Eu tenho vontade de chorar o tempo todo.” (S5)
“(…) sem querer sair da casa... eu fico sem ânimo .”	“(…) estou meio mole, sem querer sair da casa, fazer as coisas... é horrível esse negócio de depressão, porque assim, eu fico sem ânimo.” (S3)
“(…) era como ... se aquilo fosse uma situação reprovativa para mim .”	“(…) antes, quando eu falava nessa situação [acidente] era como ... se aquilo fosse uma situação reprovativa para mim era uma sensação que me deixava muito mal”. (S4)

Conforme demonstrado no quadro 10, os fragmentos discursivos de S1, S2 e S4 trazem recordações aflitivas através de sonhos, pesadelos e quando discorrem sobre o evento traumático. Entre os sintomas presentes em uma pessoa traumatizada, os pesadelos e os terrores noturnos não aparecem isolados, mas em

grupo (LEVINE, 1999). Ao falar sobre o evento traumático, o indivíduo o revive, e isso faz com que os sintomas piorem.

Esses sintomas podem desaparecer através de tratamento terapêutico como o SE[®], como se pode comprovar nestas falas:

“(...) antes de começar [a terapia], eu estava doente **do corpo** [físico] **e da alma** [mente].”

“Eu dormi **bem!**”

“(...) **a mente ficava ligada** ao que aconteceu [acidente] e isso não tá acontecendo mais.” (S4)

Para além das recordações aflitivas, também se identificou a presença de sofrimento psíquico intenso devido a exposições internas, provocadas pelas memórias de procedimento do evento traumático congelado no sistema nervoso e expresso nos fragmentos discursivos dos sujeitos S2, S3, S4 e S5.

Segundo Levine (2012, p. 299),

os sentimentos são a estrada pela qual traçamos nosso caminho no mundo. Os estados emocionais (fixados), ao contrário, originam-se de impulsos frustrados ou do acionamento, da mobilização de emergência (luta/fuga/congelamento).

Através das sessões terapêuticas com SE[®], foi possível verificar melhora em relação ao sofrimento psíquico vivenciado pelos sujeitos da pesquisa. Vejam-se estas falas:

“**Eu estou...** me considerando assim **mais tranquila.**”

“Mais tranquila, **mais sossegada.**” (S3)

“(...) digamos assim não me culpar, poder tocar no assunto (acidente), mas **sem se culpar pelo que aconteceu.**” (S4)

“Estou bem ... estou tranquila (...) eu sinto **menos tristeza.**” (S5)

Os sujeitos S1, S2, S3, S4 e S5 apresentaram reativação fisiológica que, além de provocar repercussão sintomática no corpo, reverbera na vida pessoal, conforme fica evidente em seus discursos.

De acordo com Fernandes *et al* (2013), os sintomas relacionados ao processo de estresse traumático são vistos como sinais ou indicações de respostas neurofisiológicas incompletas e fixas de luta, fuga ou congelamento, também chamadas de imobilidade tônica, portanto, um processo essencialmente fisiológico e autonômico iniciado e comandado por estruturas cerebrais primitivas, ou seja, pelo sistema nervoso autônomo (SNA).

Pode-se, pois, afirmar que não se separam corpo e mente, pois, quando um é afetado, altera o outro. Isso, conseqüentemente, reflete na vida pessoal dos sujeitos. O processo terapêutico utiliza-se do SE[®] para ajudar a criar estados fisiológicos, sensoriais e afetivos que transformam esses estados de sofrimento psicofisiológico em uma nova experiência, que, segundo Fernandes *et al* (2013), conduzirá a uma consciência corporal, que poderá favorecer a autorregulação do sistema nervoso central, que proporcionará uma sensação de bem-estar, segurança e impulso para a vida.

Verifiquem-se os discursos dos sujeitos que confirmam tal assertiva:

“(...) Estou me sentindo leve (...). Assim é não sei se é a palavra é calma... ficar leve é **sentir meu corpo tranquilo** (...) vem o problema e eu estou tentando resolver ele sem me afetar tanto, não ficar sofrendo, e sim tomar uma atitude que venha minimizar.” (S2)

“A **ansiedade diminuiu** bastante.” (S3)

“(...) tenho consciência não só corporal, como eu costumo dizer, **do que eu estou sentindo**.” (S4)

“(...) eu aprendi a **sentir mais meu corpo** (...) eu estou aliviada, **não sinto dor no corpo**.” (S5)

O estudo mostrou que, depois das sessões de SE[®], os sujeitos aprenderam a ter mais consciência corporal e a lidar com os sintomas traumáticos e suas consequências.

Quadro 11 – Comportamentos de evitação e entorpecimento com repercussão na vida pessoal, baseado nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); NETTO (2013).

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“(…) eu me sentia mal com meus filhos, por que eu levava para casa os problemas de lá.” “(…) isso refletiu na minha família.” “(…) quem sofreu foi meu marido, meus filhos, minha nora. Porque as brigas eram constantes (….) Isso me trouxe muitos problemas no trabalho e em casa.” “(…) eu estava me esquivando deles [filhos] foi ruim.”	“(…) eu tinha tanto problema que eu me sentia mal com meus filhos, por que eu levava para casa os problemas de lá (….)” (S1) “(…) isso refletiu na minha família. Eu estou com um problema com meu filho muito sério. ” (S2) “Então como eu não fui para psiquiatra nem para psicólogo quem sofreu foi meu marido, meus filhos, minha nora. Porque as brigas eram constantes (….) Isso me trouxe muitos problemas no trabalho e em casa, porque eu terminava despejando nos meus filhos. E hoje estou com um problema com meu filho mais novo, não conseguimos nem conversar, nem olhar para a cara do outro. Isso desencadeou várias doenças: já fiz três cirurgias. ” (S2) “(…) eu gostava de me reunir com a família, mas tem horas que estou impaciente, não estou conseguindo ficar. ” (S3) “(…) essa percepção que eu estava me esquivando deles [filhos] foi ruim. (….) eu estava até pensando, eu sou extremamente carinhosa com meus meninos, de abraçar, de essa junto..., mas até isso eu não consigo. ” (S3)
“(…) por puro medo de voltar a errar [em relação às drogas].”	“(…) em alguns momentos escolher me traz uma insegurança, me traz uma certa inquietação (….) por puro medo de voltar a errar[em relação às drogas], de fazer uma escolha errada. ” (S4)

“(...) eu fico pensando, até quando vou tomar remédio ... e agora tenho que me entupir de remédio ”.	“(...) eu fico pensando, até quando vou tomar remédio ... outra coisa que deixa extremamente estressada porque eu nunca gostei de remédio (...) e agora tenho que me entupir de remédio.” (S3)
---	--

Quanto à inabilidade em relação à afetividade expressa, principalmente no ambiente familiar, foi evidenciada entre os sujeitos S1, S2, S3.

É comum perceber que, durante a instalação do quadro de TEPT, existem diversas alterações na vida social e familiar que são vivenciadas e geram muitas mudanças de comportamento nesses indivíduos ocasionadas pelo estado de ativação frequente. Geralmente, é através da capacidade de autorregulação que se pode lidar com os estados de ativação e as emoções mais difíceis, o que dá a base para o equilíbrio entre uma autonomia autêntica e uma sociabilidade saudável (LEVINE, 2012).

Contribuindo com esse pensamento, Porges (2012) afirma que o comportamento social e a capacidade de administrar desafios dependem da regulação neural do estado fisiológico do indivíduo. As relações interpessoais das pessoas traumatizadas ficam abaladas, principalmente quando se trata da relação familiar, em que a afetividade é expressa livremente.

Nas sessões com o SE[®], o terapeuta utiliza como ferramenta recursos internos e externos para que o indivíduo possa, através de estados positivos que causam conforto e bem-estar, restaurar a homeostasia, ou seja, o equilíbrio psicofisiológico. Payne, Levine e Crane-Godreau (2015) entendem que esses não são estados mentais puramente abstratos de bem-estar, mas sensações positivas percebidas na estrutura do corpo, que provocam uma diferença importante no método SE[®].

As falas abaixo apontam mudanças significativas nas relações familiares:

“(...) até o meu dia a dia **com relação a eles** [filhos], **já tenho outra maneira até de falar**, eu já consigo falar mais pausadamente... sem tanta ansiedade, sem tanto atropelo.” (S1)

“(...) houve uma mudança muito grande comportamental em mim, com relação também a enfrentar os problemas pessoais, que **melhorou também com relação a parentes.**” (S2)

“(...) com relação a **filho e marido tudo está melhorando.**” (S2)

“Agora ultimamente estou até bem ((risos)), na realidade hoje em dia **estou chorando até por emoção, feliz!**” (S3)

O ato de liberar a tensão ocasionada pelo trauma é evidente, no que se refere à repercussão na vida pessoal dos sujeitos.

Quadro 12 – Hiperativação autonômica com sintomas persistentes não ocorridos antes do evento traumático, que repercutiram na vida pessoal dos sujeitos da pesquisa, com base nos critérios do DMS IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994); Netto (2013).

Sequências discursivas	Fragmentos discursivos
“Ontem eu tomei lexotan, porque eu estava assim no meu limite.” “(...) eu não estava conseguindo dormir já fazia mais de seis meses” “(...) eu não tinha nada antes disso, nenhuma vez tomei remédio para dormir.”] “Teve uma noite que eu fiquei rodando na cama.”	“Ontem eu tomei lexotan, porque eu estava assim no meu limite (...) fui dormir era meia noite, e acordei cinco e meia da manhã.” (S1) “(...) eu não estava conseguindo dormir já fazia mais de seis meses. Antigamente eu dormia que era uma beleza, mas agora não consigo mais dormir.” (S2) “(...) ela aumentou o medicamento e acrescentou um para dormir, mas eu estou ainda resistente (...). Eu não tinha nada antes disso, nenhuma vez tomei remédio para dormir, comecei a tomar [remédio] agora.” (S3) “(...) nessa época, estava com muita dificuldade para dormir e se eu tomasse remédio ficava na cama o dia inteiro, teve uma vez que eu fiquei quatro dias na cama. ”

	(S5) “Teve uma noite que eu fiquei rodando na cama... e não conseguia dormir de jeito nenhum (...).” (S5)
“(...) antes o pensamento estava muito acelerado, era como se tivesse um mundo na minha cabeça ao mesmo tempo.”	“(...) antes o pensamento estava muito acelerado, era como se tivesse um mundo na minha cabeça ao mesmo tempo.” (S2)
“(...) essa semana eu comecei a ficar ansiosa... já não dormi bem.” “(...) anteriormente eu me deixava corroer pela ansiedade.”	“(...) essa semana eu comecei a ficar ansiosa, minha licença termina na semana que vem... já não dormi bem.” (S3) “(...) anteriormente eu me deixava corroer pela ansiedade.” (S4)
“(...) acordei algumas noites com essa dor no peito, essa falta de ar.”	“Às vezes eu estou tendo necessidade de aprofundar a respiração para conseguir respirar melhor. (...) Eu acordei algumas noites com essa dor no peito essa falta de ar”. (S3)
“(...) acordar no meio da noite sufocada achando que ia morrer, uma angustia, de chorar copiosamente sem parar. ”	“(...) a questão de deitar e não dormir para mim foi muito ruim, ou acordar no meio da noite sufocada, achando que ia morrer, uma angustia, de chorar copiosamente sem parar, então assim, tudo isso eu vivenciei nesse período, o organismo realmente responde a isso.” (S3)
“(...) eu sinto meus músculos parecem	“(...) às vezes eu tento relaxar, mas até o músculo do meu rosto todo preso,

que encolhem sabe? ”	principalmente quando começo a lembrar e pensar, aí eu sinto meus músculos parecem que encolhem, sabe? ” (S5)
“(…) eu acho que vivo tensa... eu não percebia.”	“(…) eu acho que vivo tensa... eu não percebia.” (S5).
“(…) tudo isso me deixa muito nervosa... muito estressada , até meu marido estava falando (...)”	“(…) tudo isso me deixa muito nervosa... muito estressada até meu marido estava falando (...)”. (S5)

Quanto a problemas, como dificuldade de dormir, irritabilidade e ansiedade, são consequências de hiperativação do sistema nervoso, presente nos discursos dos sujeitos S1, S2, S3, S4 e S5.

O trauma pode alterar a função fisiológica nos sistemas neurais, neuroquímicos e hormonais e proporciona mudanças biopsicossociais na vida dos indivíduos. E nos que são expostos ao trauma, somente através do equilíbrio dessas funções haverá uma repercussão positiva na vida pessoal dos que são acometidos por TEPT, conforme afirma Levine (2012, p. 27):

(...) a capacidade de autorregulação é o que nos permite lidar com nosso estado de ativação e nossas emoções mais difíceis, fornecendo assim a base do equilíbrio entre uma autonomia autêntica e uma sociabilidade saudável. (LEVINE, 2012, p. 27).

Essa autorregulação foi evidente nestes discursos:

“**Estou dormindo bem** e sem medicamento, o médico tirou, aí eu estou tranquila, **não tenho mais aquelas ansiedades** que eu tinha.” (S1)

“(…) que eu **parei de tomar a medicação para dormir**, eu adormeço na novela das oito e acordo de cinco da manhã.” (S2)

“(…) interessante é que as pessoas lá em casa tem notado um pouco que meu comportamento mudou, eu **estou menos nervosa**.” (S2)

“(...) eu estou **sentindo que minhas emoções** [positivas] **estão mais latentes**... os sentimentos estão mais fortes, o sentimento do carinho, sentimento do amor... de respeito... de consideração, tão assim aflorando mais dentro de mim”. (S2)

“Eu tenho percebido **que tenho dormido melhor** depois que venho aqui ((risos)).” (S3)

“**A ansiedade diminuiu** bastante.” (S3)

“Estou bem **menos ansiosa**.” (S5)

“(...) eu **não tenho chorado!** vou pedir a ela [psiquiatra] para diminuir os remédios.” (S5)

Fica evidente que as sessões com o método SE[®] promoveram a autorregulação orgânica e, conseqüentemente, a melhora da condição física, emocional e social dos sujeitos pesquisados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Olha, para mim, foi o recomeço (...), porque eu achava que ia ter que me aposentar. (S1)

Para mim, foi fantástico! Foi uma experiência impressionante [o SE®] ... foi uma mudança muito radical na minha vida, foi um giro muito grande (...) hoje eu me sinto retomando, eu me sinto voltando a ser a pessoa que eu era antes. (S4)

Esta é a primeira pesquisa brasileira com o método Somatic Experiencing® (SE®), aplicado em servidores com estresse pós-traumático adquirido no ambiente de trabalho. Durante exaustiva pesquisa em bancos de dados por referências bibliográficas, não foi encontrado, no Brasil, nenhum trabalho como esse, em que esse método pudesse ser aplicado de forma intervencionista em servidores públicos federais.

Considerando-se os objetivos deste estudo, pode-se afirmar que ele evidenciou o tratamento TEPT com a SE® e visou comprovar o resultado através dos discursos dos servidores públicos federais. Foi possível averiguar uma nova possibilidade de assistência para os serviços de saúde, inicialmente, devido às peculiaridades da patologia e suas comorbidades e por não se ter uma política direcionada ao tratamento desse transtorno.

Na análise do *corpus*, ao ser apresentado o quadro de sintomatologia física e mental dos portadores de TEPT adquirido no ambiente de trabalho, constatou-se o quanto a vida profissional e pessoal foi afetada negativamente e, ao mesmo tempo, procurou-se responder quais as repercussões do tratamento com o método da Somatic Experiencing® na vida dos servidores públicos federais.

Quanto ao perfil dos sujeitos da pesquisa, quatro eram do sexo feminino, e todas sofreram assédio moral no trabalho. Geralmente, esse fato ocorre por retraimento, medo e vergonha, que são comuns nos assediados e nas vítimas de trauma. O estudo mostrou, também, que a ocorrência de assédio no trabalho acarreta grandes prejuízos para o serviço público federal, causado pelo absenteísmo e pelas condições físicas e mentais em que os servidores se encontram. Esse fato foi comprovado nesta pesquisa, ao se deparar com os sujeitos afastados por atestado médico ou os que se encontravam em atividade, embora já tivessem sido afastados do trabalho por problemas físicos e mentais depois de evento traumático.

Nesse contexto, foi comprovado o êxito da aplicação do método de SE[®] com os sujeitos desta pesquisa e com o tratamento do TEPT utilizando-se o protocolo NETTO. O resultado foi alcançado com uma média de quinze sessões, além de se tratar de um protocolo que pode ser aplicado com os servidores públicos federais.

Utilizando o método do SE[®], por meio da defesa sensorial, os sujeitos da pesquisa acessaram o vórtice de trauma, e com o suporte do vórtice de cura foram se restaurando a autorregulação e o equilíbrio dinâmico, o que promoveu a construção de uma forte resiliência no sistema nervoso. Esse método se mostrou eficiente no processo de renegociação do trauma presente nos sujeitos da pesquisa e consistiu na descarga gentil e gradual do excesso da resposta passiva de sobrevivência (lutar, fugir ou congelar). Nos discursos dos sujeitos pesquisados, constatou-se que a liberação da energia de sobrevivência retesada no sistema nervoso autônomo foi desbloqueada para preservar a vida e dar suporte a um funcionamento cerebral de alto nível, em contato com o ambiente e com a interação social.

Corroborando esse achado, averiguou-se o efeito na aplicação do método terapêutico do SE[®] em situações traumáticas. Ficou comprovado o rompimento do ciclo de *feedback* provocado no TEPT associado ao medo e à imobilidade ou congelamento. Isso ajudou os sujeitos da pesquisa a manejarem, de forma segura, as sensações e as emoções provocadas pela hiperativação autonômica e a se conter para não ser inundados por elas.

Com as intervenções feitas por meio do método do SE[®], foi possível constatar expressivos avanços neurofisiológicos sobre o estado de saúde dos sujeitos pesquisados. Muitas resoluções de sintomas físicos, emocionais e tensões generalizadas foram comprovadas através de uma autoavaliação positiva.

Ao analisar os discursos dos sujeitos pesquisados, com base em suas formações discursivas, podem-se trazer esses discursos, à luz do resultado proposto, com a aplicação do método do SE[®]. Em suas falas, eles ressignificaram a memória traumática, a criação de estratégias de enfrentamento e a reorientação do pensamento e do comportamento para o tempo presente, através das estratégias terapêuticas utilizadas, promovendo a transformação, a incorporação e a resolução das memórias relativas a essas vivências traumáticas.

Os sujeitos da pesquisa restauraram o contato com sua agressividade saudável, fundamental para o sucesso do tratamento, e com ela, a capacidade de

corrigir limites relacionais e emocionais que foram rompidos no ambiente de trabalho. Essas conquistas adquiridas foram reforçadas também na vida pessoal.

Na enunciação dos sujeitos pesquisados, durante o tratamento do TEPT, através do método do SE[®], prevaleceu a repercussão da resolutividade para o problema do trauma, tanto na vida pessoal dos servidores públicos federais quanto na profissional, expressa em seus discursos. Pode-se considerar que o SE[®] surgiu no mundo científico como uma nova tecnologia leve, que trouxe possibilidades de tratamento para o TEPT de forma operativa e natural, porque a análise dos discursos dos sujeitos da pesquisa evidenciou o resultado positivo que esse método trouxe para o mundo das pessoas traumatizadas.

Considera-se fundamental que se multipliquem e aprofundem as investigações sobre a abordagem na prática clínica com o método do SE[®], com o intuito de compreender bem mais suas potencialidades e de expandir suas possibilidades de uso, para que os sujeitos acometidos por situações traumáticas possam ter um amplo acesso a essa terapia.

Esta pesquisa trouxe contribuições significativas para o campo científico, tendo em vista a falta de pesquisa nessa área e a relevância do tema pesquisado. As publicações provenientes dela possibilitarão o compartilhamento dos conhecimentos gerados com profissionais da área de saúde do trabalhador, saúde mental, terapias naturalistas e, em especial, uma nova possibilidade para o campo da Enfermagem, entre outros. O resultado significativo desta pesquisa com essa amostra se justifica ao se verificar que todos os sujeitos foram recuperados, portanto, é uma ferramenta valiosa para ser aplicada com servidores federais de outras regiões do Brasil.

Os achados da pesquisa foram significativos para a saúde do trabalhador, já que foi possível verificar que, no âmbito da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), pode-se aplicar uma terapêutica não medicalizante e naturalista, que influencia o processo de saúde-doença dos trabalhadores assistidos no SIASS.

Para concluir a pesquisa sem, no entanto, encerrar as discussões que ela é capaz de gerar, sugere-se que o tratamento do estresse pós-traumático, no âmbito da saúde do trabalhador, seja alvo de debates e de estudos, para que se torne uma prioridade e se integre nas rotinas de trabalho das equipes de saúde do SIASS.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa: 1967-2007, p. 67-86, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41nspe/a05v41sp.pdf>>. Acesso em: 05 de jan. 2015.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2004.

ALKIMIN, M. A. **Assédio moral na relação de trabalho**. 2ª ed. (ano 2008), 4ª reimpressão. Curitiba: Juruá, 2012.

AMERICAN Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, D.C., 1994. Disponível em: <<http://www.mental-health-today.com/ptsd/dsm.htm>>. Acesso em: 01 set. 2012.

ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.43-54, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2008.

ANTUNES, Ricardo. ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2015.

ARAÚJO, M. P. S; QUENTAL, L. L. C; MEDEIROS, S.M. Condições laborais: sentimentos da equipe e precarização do trabalho em Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 8, p. 2906-14, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/8014/15630>>. Acesso em: 10 de set. 2016.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BIANCHESSI, D. L. C. *et al.* Sobre uma construção em atenção em saúde mental e trabalho na empresa In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014. Cap. 6.

BISCAIA, I. T.; FERNANDES, W. L. Experiência somática como terapêutica coadjuvante no tratamento psiquiátrico com a farmacologia convencional. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L.; SANTOS, L. *et al.* (Org.). **Diálogos estendidos com a experiência somática (SE[®])**. São Paulo: Scortecci, 2016.

BOTTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso**. 3. ed. Campinas, SP: Unicamp, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS - e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 30 abr. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007_2010/2009/Decreto/D6833.htm>. Acesso em: 26 dez. 2014.

BRASIL. **Decreto n. 67326 de 05 de outubro de 1970**. Dispõe sobre o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D67326.htm/>

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. **Diário Oficial [da] União, Brasília**, DF, 19 abril.1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Investimento em saúde do servidor previne aposentadoria precoce. **Contato: Boletim do Servidor**. Brasília, n. 43, p. 2, 21 jan. 2005a, Disponível em: <http://www.servidor.gov.br/publicacao/boletim_contato/bol_contato_05/contato_43.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria nº 1261, de 5 de maio de 2010**. Institui os princípios, as diretrizes e as ações em saúde mental que visam orientar os órgãos e as entidades do Sistema de Pessoal Civil – SIPEC da Administração Pública Federal, 2010a. Disponível em: http://www.progepe.uff.br/sites/default/files/servicos/documentos/portaria_saude_mental.1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor**. Brasília: MPOG, 2010b. Folder.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeto de saúde ocupacional do servidor começa a ser implantado. **Contato: Boletim do Servidor**. Brasília, n. 51, p. 1 -2, 27 out. 2005b. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/relacoes-de-trabalho/noticias/projeto-de-saude-ocupacional-do-servidor-comeca-a>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL. **Lei n. 8429/92 de 02 de junho de 1992**. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8429.htm/>. Acesso em: 12 de jun. 2016.

CAMARGO, D. A.; CAETANO, D.; GUIMARÃES, L. A. M. **Psiquiatria ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2010.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 1, n. 57, p. 23-49, jan. /mar. 2006. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/188>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

COCCO, G. **Trabalho e cidadania**: produção e direitos na crise do capitalismo global. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CORREA, Irzair Ciro. **Homem**: animal condicionado. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/homem-animal-condicionado/46403/>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

COUTINHO, M. A. P.; ALBUQUERQUE, H. M. C. T. Comparativo entre perícia e previdência do servidor público federal e do trabalhador regido pela CLT. **Revista.unilins.edu.br** › Capa › n. 1 (2013) › de Almeida Pereira Coutinho de MAP Coutinho - 2013. Disponível em: <<http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/141/137>>. Acesso em: 18 de out. 2015.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-236, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/12.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

DANTAS, H. S.; ANDRADE, A. G. Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. **Rev Psiq Clín**, v. 35, supl. 1; p. 55-60, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700012>. Acesso em: 20 jan. 2016.

DEJOURS, C. **Loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. São Paulo: Jurídica Atlas, 2003.

DORIGO, J. N.; LIMA, M. E. A. O transtorno de estresse pós-traumático nos contextos de trabalho: reflexões em torno de um caso clínico. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 55-73, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25809>>. Acesso em: 18 mai. 2013.

FELKER, R. D. H. **O dano moral, o assédio moral e o assédio sexual nas relações de trabalho:** doutrina, jurisprudência e legislação. 2. Ed. São Paulo: Ltda, 2007.

FERNANDES, C. A. **Análise do Discurso:** reflexões introdutórias. 2. ed. São Carlos: Claraluz, 2008.

FERNANDES, W. L. et al. Fobia de dirigir: resolução do trauma através da experiência somática. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L. (Org.). **Práticas psicoterápicas e resiliência:** diálogo com a experiência somática. São Paulo: Scortecci, 2013.

FERREIRA, C. M. M. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. **Revista do Serviço Público**, Brasília: Enap, ano 47, v. 120, n. 3, p. 5-33, set./dez. 1996. Disponível em: <<http://www.http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/394>>. Acesso em: 27 set. 2015.

FERREIRA, H. D. B. **Assédio moral nas relações de trabalho**. Campinas: Russel, 2004.

FERREIRA, N. V. **Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008**. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2354/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Ferreira_Nancy_Vieira.pdf>. Acesso em: 09 set. 2014.

FIGUEIREDO, J. M.; ALEVATO, H. M. R. O sofrimento no trabalho do servidor técnico-administrativo de uma IFES – breve reflexão. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 8., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Niterói, RJ: CNEG, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/handle/1/485>>. Acesso em: 16 out. 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUNDATION for Human Enrichment. **Apostilas do FHE:** Nível iniciante. Boulder, CO, 2007.

FREIRE, S. A. **Conhecendo análise de discurso:** linguagem, sociedade e ideologia. Manaus: Valer, 2006.

FREIRE, X. A. **Capacidade para o trabalho de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2015. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/21321/1/XeniaAlvesFreire_DISERT.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

GOIS, P. S. **A precarização do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família**: contribuição ao debate, 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14698>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

GOMEZ, C. M; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7123.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2015.

GRIFFIN, M; CLARKE, S. Stress and well-being at work. In: ZEDECK, S. **APA handbook of industrial and organizational psychology**. Washington: American Psychological Association, 2011, p. 359-397.

GUIDO, L. L; LINCH, G. F.; PITTHAN, L. O. *et al.* Estresse, coping e estados de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1434-1439, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a22.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

_____. **O Capital**: crítica da Economia Política. Tradução de Régis Barbosa e Flávio R. Kothe. Vol. I, Tomo I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

IZQUIERDO, I. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

JARDIM, S. R.; RAMOS, A.; GLINA, D. M. R. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Administrativo**. 7. ed. rev. e ampl. Salvador: JusPodivm, 2009.

LANCMAN, S.; SZNEKWAR, L. I. (ORG.) **Chistopher Dejour**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo 15/Editora Fiocruz, 2011. 512p. Tradução: Franck Soudant.

LEVINE P. **Accumulated stress reserve capacity and disease** [thesis]. Ann Arbor, Michigan: Dept. of medical biophysics University, Microfilm 77-15-760. UC Berkeley, 1977. Disponível em: <http://www.sundhedspsykologi.org/artikler/ACCUMULATED_STRESS,_RESERVE_CAPACITY,_AND_DISEASE.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

_____. **O despertar do tigre**: curando o trauma. 3. ed. São Paulo: Summus, 1999.

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

LIEDDKE, E. Trabalho. In: CATTANI, A (Org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Porto Alegre: Vozes, 1997. p. 268-274.

LIMA, G.H.A; SOUSA, S.M.A. Violência psicológica no trabalho da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p.817-823, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0817.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

LIMA, M. H. **Fixação do dano moral ao trabalhador**. (Dissertação) – Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pernambuco. Curso de Pós-graduação em Direito, 2002. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/4853>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LOPES, D. S; BRAIDY J. D.; Clínica Social Mãe Providência: enfoque no aprimoramento da prática clínica com experiência somática. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L.; SANTOS, L.; FAJARDINI, Z. (Org.). **Diálogos estendidos com a experiência somática (SE®)**. São Paulo: Scortecci, 2016.

LOPES, SÔNIA. **Bio 2**. São Paulo, Ed. Saraiva, 2002.

MACEDO, L.; C. *et al.* Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 26, p. 649-57, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300015>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MACHADO, L. F; MUROFUSE, N. T; MARTINS, J. T. Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p.134-147, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0134.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MANCINI, A. D.; BONANNO, G. A. Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 8, p. 971-85, 2006. Disponível em: <http://www.nursingacademy.com/uploads/6/4/8/8/6488931/resiliencepotentialtrauma_mancini.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2012.

MARTINEZ, M. C. M; LATORRE, M. R. D. O; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. Suplementar 1, p. 1553-156, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/067.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

MARTINS, L. Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil: uma visão geral. **Cadernos Enap**, Brasília, n. 8, 1997. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/documents/52930/707328/cad_8.pdf/2ed84f84-d413-430d-827c-f48f0f64ec10>. Acesso em: 10 fev. 2012.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MELLO, M. F. *et al.* **Transtorno de estresse pós-traumático - TEPT**: diagnóstico e tratamento. Barueri, SP: Manole, 2006.

MELLO, M. F.; FIKS, J. P. **Transtorno de estresse pós-traumático**: violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu, 2011.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003. 316-323. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/712/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf?sequence=3#page=141>. Acesso em: 15 fev. 2012

MERLO, A. R. C. Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014. Cap. 1.

NETTO, L. R. *et al.* The impact of violence on the mental health of people living in urban centers in Brazil. In: LOVISI, G. M.; MARI, J. J.; VALENCIA, E. S. **The psychological impact of living under violence and poverty in Brazil**. New York: New Science, 2010.

NETTO, L. Um protocolo de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático através da experiência somática. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L. (Org.). **Práticas psicoterápicas e resiliência: diálogo com a experiência somática**. São Paulo: Scortecci, 2013.

NEVES, M. Y.; BRITO, J.; ATHAYDE, M. Mobilização das professoras por saúde. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010.

NOGUEIRA, C. V. *et al.* Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos do estado do Ceará. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 6., 2010. **Anais...** Niterói, RJ, 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/2489013-Afastamentos-por-transtornos-mentais-entre-servidores-publicos-do-estado-do-ceara.html>>. Acesso em: 15 fev. 2012

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, v. 9, n. 1, p. 51-67, nov. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/11830>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 40, n. 132, p. 156-169, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-40-132-156.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 10. ed. Campinas, SP: Pontes, 2012.

PAGOTTI, A. W; GODOY PAGOTTI, G. A. Ansiedade social em professores universitários. **Revista de Estudos de Educação**. Sorocaba, v. 9, n. 2, p. 117-130, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php?journal=quaestio&page=article&op=view&path%5B%5D=142&path%5B%5D=142>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan/mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. 2013.

_____. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PAULON, A.; NASCIMENTO, J. V.; LARUCCIA, M. M. Análise do Discurso: fundamentos teórico-metodológicos. **Revista Diálogos Interdisciplinares**, v. 3, n. 1, p. 25-45, 2014. Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/42/54>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PAYNE, P.; LEVINE, P. A.; CARNE-GODREAU, M. A. Somatic experiencing: using interception and proprioception as core elements of trauma therapy. **Front Psychol**, v. 6, p. 1-18, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316402/>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

PÊCHEUX, M. **Análise de Discurso**: Michel Pêcheux. 3. ed. Campinas, SP: Pontes, 2012b.

_____. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. 6. ed. Campinas, SP: Pontes, 2012a.

_____. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. 4. ed. Campinas, SP: Unicamp, 2009.

PEIXE, J. C. M. D. S.; **Terceirização no Brasil**: tendências, dilemas e interesses em disputa. 2013. 269f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação, Pontifícia Universidade Católica. Disponível em: <http://www2.dbd.pucrio.br/pergamum/tesesabertas/1111910_2013_completo.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2015.

PEREIRA, Marcela Andresa Semeghini. O capital humano no contexto do biopoder: o tempo livre vigiado e consumido. **Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer/ufmg**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p.305-330, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1087>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

PERES, J. **Trauma e superação**: o que a Psicologia, a Neurociência e a Espiritualidade ensinam. São Paulo: Roca, 2009.

PETERS, H; BROWN, T. C. Mental illness at work: an assessment of co-worked reactions. **Canadien Journal of Administrative Sciences**, v. 26, n. 1, p. 38-56, jun. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cjas.87/epdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>>. Acesso em: 13 Jan. 2013.

PONCE, Tarsila Baptista. **O papel dos agentes de Recursos Humanos na intermediação entre os servidores e a unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)**. [texto] / Tarsila Baptista Ponce. – 2014. 96 f., enc. Orientador: José Marçal Jackson Filho. Dissertação (Mestrado) – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/biblioteca/biblioteca-digital/acervodigital/detalhe/2015/2/o-papel-dos-agentes-de-recursos-humanos-na-intermediacao-entre-os-servidores-e-a-unidade-do>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

PORGES, S. W. **Teoria polivagal**: fundamentos neurofisiológicos das emoções, apego, comunicação e autorregulação. Rio de Janeiro: Senses Aprendizagens e Comunicação, 2012.

RAMOS, L. L. G.; GALIA, R. W. **Assédio moral no trabalho**: o abuso do poder diretivo do empregador e a responsabilidade civil pelos danos causados ao empregado, atuação do Ministério Público do Trabalho. 2. ed. revista e ampliada – Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2013.

REZENDE, F. C. As reformas e as transformações no papel do Estado: o Brasil em perspectiva comparada. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. O. (Orgs.). **Estado numa era de reformas: os anos FHC, parte 1**. Brasília: MP, SEGES, 2002. p. 163-207. Disponível em:

<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/PMPEF/publicacoes/manuais_doc/081016_PUB_ManDoc_estado1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. O dilema do controle e a falha sequencial nas reformas gerenciais. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n.3, 2002. Disponível em:

<[http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/02-Rezende,FC53\(3\).pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/02-Rezende,FC53(3).pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RIBEIRO, C. V. S; LEDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, dez. 2004. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18084281200400030006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2016.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do Século XXI. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 fev. 2015.

RIFO, J. F. **Experiencia somática: una aproximación al trauma**. 2011. 223 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Psicologia) – Escuela de Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2011. 223 f. Santiago, 2011. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2620>>. Acesso em: 18 out. 2015.

ROSS, G. **Do trauma à cura**. Tradução Marilu A. dos Reis. 1.ed. São Paulo: Summus, 2014.

ROSSI, C. P. Efeitos na vida pessoal e profissional de alunos de experiência somática (SE[®]) ao término do curso do nível iniciante. In: ROSSI, C. P.; NETTO, L.; SANTOS, L.; FAJARDINI, Z. (Org.). **Diálogos estendidos com a experiência somática (SE[®])**. São Paulo: Scortecci, 2016.

SANTOS, M. **Por uma globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 25, p. 2168-2178, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/08.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

SAMPAIO, J. J. C.; MESSIAS, E. L. M. A Epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JAKES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. Transtorno do estresse pós-traumático. In: GLINA, D. M. R. ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010.

_____. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 16. ed. Rio de Janeiro: Editora Record Ltda, 2011. 204 p. Tradução Marcos Santarrita.

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, E. B. F. *et al.* Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 505-514, 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n3/v21n3a16.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

_____. **Mecanismos de defesa do ego**. 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0212.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

SILVA, M. C. C. C. **A saúde do servidor público na sua dimensão social**. Maceió: EDUFAL, 2013.

SILVA, O. S. F. Os ditos e os não-ditos do discurso: movimentos de sentidos por entre os implícitos da linguagem. **Revista da FAGED**, n. 14, p. 39-53, 2008. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/3007>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SILVA, S. M. G. S., LEVINE, P. A. **O trauma e as síndromes dolorosas crônicas: congelamento e resposta terapêutica a partir da experiência somática®**. Disponível em: <<http://www.traumatemcura.com.br/blog/?p=35>>. Acesso em: 26 out. 2010.

SOMATIC Experiencing Trauma Institute. **What is somatic experiencing?**. Disponível em: <<https://traumahealing.org/about-us/#founder>>. Acesso em: 21 out. 2016.

TFOUNI, L.; V. MONTE-SERRAT, D. M.; CHIARETTI, P. (Org.). **A Análise do Discurso e suas interfaces**. São Carlos: Pedro & João, 2011.

TORRES, A. C; CHAGAS, M. I. O; MOREIRA, A. C. A. *et al.* O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, p. 42-48, jun. 2011. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/142/134>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

WORLD Health Organization. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ANEXOS

ANEXO A

PROTOCOLO PARA TEPT COM SE® EM 18 SESSÕES

DADOS GERAIS
Nome:
Idade:
Cargo/Função:
T.S. Púb. Federal:

**I - ALIANÇA TERAPÊUTICA E
PROCESSO EDUCACIONAL**

**II - DESENVOLVIMENTO:
Renegociação do trauma**

**III - CONCLUSÃO: Organização e
generalização**

		SESSÕES					
		ALIANÇA TERAPÊUTICA E PROCESSO EDUCACIONAL					
ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
I	ANAMNESE INICIAL						
	- Informações relevantes para o terapeuta						

	- Ajuda a reforçar os comportamentos adaptativos										
	- Validar qualquer recurso emergente do paciente (interno ou externo)										
	- Pontuar algumas distorções de significados (por ex: mesmo que você sinta ter feito coisas que provocaram o rapaz, ele não tinha o direito de te violentar).										
	- Devem-se identificar:	a) Sintomas da TEPT (hiperativação autonômica, comportamento de evitação, entorpecimento, revivência e pesadelos. Incluindo frequência e severidade dos mesmos e outros sintomas físicos, emocionais e psicológicos apresentados;									
		b) Crenças disfuncionais relevantes vinculadas ao trauma;									
		c) Fatores causais dos sintomas (preexistentes, precipitantes, perpetuadores) e fatores de proteção (recursos internos e externos, incluindo os relacionais);									
		d) Histórico geral do desenvolvimento físico e psíquico e dos traumas;									
		e) Relacionamentos significativos, ocupação profissional e lazer;									
		f) Se o paciente executa algum tipo de comportamento que possa expô-lo a risco de revitimização (Em caso afirmativo: incluir e instruir algum aliado de suporte ao tratamento, advindo das relações sociais do paciente ou mesmo acionar serviços de suporte social e legal);									
		g) Medicamentos em uso, transtornos psiquiátricos (Axis I e II), prévios ou comórbidos;									
		h) Histórico da saúde mental dos familiares;									
		i) Uso/abusivo de substâncias lícitas e/ou ilícitas;									
		j) Metas do paciente para a terapia;									
	ALIANÇA TERAPÊUTICA										
	Capacidade de estabelecer uma relação de confiabilidade com o terapeuta.										

EDUCAÇÃO SOMÁTICA							
Sensopercepção - rastreamento das sensações corporais	linguagem não verbal						
	linguagem narrativa						
Autorregulação - acompanhar o fluxo das mudanças sensoriais							
Contenção - capacidade de continência							
EDUCAÇÃO SOBRE OS SINTOMAS DO TEPT							
Explicação para diminuir a ansiedade							
Recomendar literatura							
ENSINAR A MANJEAR A ANSIEDADE FORA DO CONSULTÓRIO							
Orientação	Levar sua atenção para fora do ambiente corporal.						
	Aumentar o senso de segurança						
Respiração - orientar técnicas de respiração para diminuir a ansiedade.							
Autotoque - explorar, em terapia, os recursos pessoais somáticos de autorregulação, que podem ser usados em situações de emergência.							
Suporte	Buscar senso de apoio físico.						
	Buscar suporte relacional.						
EMPODERAMENTO DE RECURSOS PESSOAIS ("Experiência livre de conflito")							
Requisitar que o paciente rememore momentos de poder pessoal							
Rastrear sua fisiologia através da sensopercepção							
TRABALHANDO NA LINHA DO TEMPO; EVOCAÇÃO DO EGO PRÉ-TRAUMÁTICO							

	Refazendo a linha do tempo:									
		Passado (T-)	Presente (T zero)	Futuro (T+)						
	Quem sou eu? (Identidade)	Explorar características do ego pré-traumático	O que perdi ou ganhei a partir da experiência traumática, como eu era e como estou.							
	Como percebo o mundo?	O mundo pode ser compreendido como um ambiente social, relacional e histórico. Buscar pessoas de convívio rotineiro, não apenas os laços mais íntimos. Avaliar crenças prévias genéricas e sobre o evento específico a que foi submetido.	Idem anterior. Buscar particularmente por pessoas significativas na rede de relações atuais. Avaliar crenças atuais.							
	O que espero da vida? (Propósito)	A visão de futuro e de propósito de vida.	Estar atento aos ganchos motivacionais oferecidos pelo paciente. Observar projetos abandonados em função do TEPT.							
	Rastrear as mudanças no sistema nervoso autonômico e buscar reestabelecer os ciclos de carga e descarga.									
	Conhecimento das crenças prévias e atuais do paciente, particularmente sobre o evento vivido.		(Indicar o grau de dificuldade ou flexibilidade cognitiva do paciente para elaboração do processo traumático).							
	Checar as emoções e as sensações associadas.		Escala de zero (mínima crença) a 10 (crença máxima).							
	Senso de propósito pessoal/resiliência									

ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES		ALIANÇA TERAPÊUTICA E PROCESSO EDUCACIONAL					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
II	LIDANDO COM PESADELOS E FLASHBACKS						
	Identificar se o paciente tem pesadelos e flashbacks e tratá-los (técnica sugerida - solicitar ao paciente que escreva em uma página a reexperiência, e no outro lado, a mesma experiência com desfecho diferente).						
	REDUÇÃO DO CHOQUE - Saindo da dissociação						
	Auxiliar o paciente a completar a resposta de dissociação, desacoplando o terror da imobilidade tônica.						
	PENDULAÇÃO ENTRE OS VÓRTICES (DE TRAUMA E CONTRA-VÓRTICE) - promovendo descargas tituladas						
	Promover a pendulação sucessiva e gradual entre os dois vórtices, de forma titulada.						
	MAPEAR OS ESTÍMULOS CAPAZES DE DISPARAR OS SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS						
	Identificar os estímulos multissensoriais diretos e indiretos acoplados à situação traumática.						
	Explorar imagens visuais, auditivas, olfativas, táteis e gustativas relacionadas ao evento.						
	Hierarquizar as situações, da mais ansiogênica para a menos.						
	Descarregar, dessensibilizar e habituar o indivíduo às memórias que frequentemente são evitadas.						
	RESTAURAR A AGRESSIVIDADE SAUDÁVEL						
	Restaurar a capacidade de se reconectar com as defesas ativas (lutas, ou seja, todas as respostas de enfrentamento, e fuga, ou seja, todas as respostas de evitação)						

Restabelecer os limites, de forma saudável, retificando aqueles que foram invadidos, sustentando o tônus necessário para evitar novas invasões.						
TRABALHAR COM A FISIOLOGIA QUE ESTÁ SUBJACENTE AOS PENSAMENTOS E AOS ESTÍMULOS (Dinâmica de acoplamento entre os elementos do SICAS e entre imobilidade e terror)						
Rastrear, através da sensopercepção, a alteração autonômica que ocorre diante dos pensamentos e dos estímulos disparadores traumáticos, com o intuito de criar o ambiente orgânico favorável para se reestabelecerem as conexões com SICAS de forma saudável.						
Desafio - levar o paciente a suportar o contato com as sensações inerentes aos pensamentos e às emoções associadas às memórias do trauma.						
COMPLETAR OS ENSAIOS FISIOLÓGICOS DE SOBREVIVÊNCIA E RESTAURAR ORIENTAÇÃO (defensiva e exploratória) E RESPOSTAS DE DEFESA ATIVA (luta/fuga)						
Auxiliar o paciente a completar os ensaios que a fisiologia (sistema muscular, fâscias, órgãos, tendões, articulações, etc.) quis fazer para sobreviver e não pôde, pois o evento traumático aconteceu de forma rápida, intensa ou precoce demais, sobrepujando a capacidade do indivíduo de lidar ativamente com ele.						
TRABALHAR COM CULPA, VERGONHA E RAIVA INERENTES AO TEPT						
Rastrear se o paciente apresenta suficiente capacidade de contenção.	Pedir ao paciente que entre em contato com o aspecto postural dessas emoções, enquanto rastreia a fisiologia, para que ela se mova em direção à descarga e a estudos de maior regulação.					
Orientar o paciente sobre a importância da raiva na capacidade de proteção pessoal e autorregulação.						

ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES			ALIANÇA TERAPÊUTICA E PROCESSO EDUCACIONAL					
			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
III	PREVENINDO RECAÍDAS							
	Organização - estabelecimento de novos padrões de comportamento							
	Estimular as conquistas, advindas da terapia, a serem exercitadas em outras situações cotidianas.							
	Trazer essas novas situações de confronto para as sessões.	Reforçar todas as condutas e conquistas bem-sucedidas.						
		Educar/exercitar as condutas que não lograram êxito.						
	Educar o paciente e a família quanto a possíveis ou previsíveis lapsos na evolução do processo.							
	ESTABELECENDO/FORTALECENDO ALIANÇA COM REDE SOCIAL DE SUPORTE							
	Trabalhar o amparo social no que tange à manutenção ou ampliação da rede de amigos, no estabelecimento de tarefas coletivas e na restauração de comportamentos de grupo presentes na situação pré-trauma.							

PROTOCOLO PARA TEPT COM SE® EM 18 SESSÕES

DADOS GERAIS
Nome:
Idade:
Cargo/Função:
T.S. Púb. Federal:

SESSÕES						
DESENVOLVIMENTO						
ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES						
	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a
I	ANAMNESE INICIAL					
	- Informações relevantes para o terapeuta					
	- Ajuda a reforçar os comportamentos adaptativos.					
	- Validar qualquer recurso emergente do paciente (interno ou externo).					
	- Pontuar algumas distorções de significados (por ex: mesmo que você sinta ter feito coisas que provocaram o rapaz, ele não tinha o direito de te violentar).					
	- Devem-se identificar:	a) Sintomas da TEPT (hiperativação autonômica, comportamento de evitação, entorpecimento, revivência e pesadelos. Incluindo frequência e severidade dos				

	mesmos e outros sintomas físicos, emocionais e psicológicos apresentados;							
	b) Crenças disfuncionais relevantes vinculadas ao trauma;							
	c) Fatores causais dos sintomas (preexistentes, precipitantes, perpetuadores) e Fatores de proteção (recursos internos e externos, incluindo os relacionais);							
	d) Histórico geral do desenvolvimento físico e psíquico e dos traumas;							
	e) Relacionamentos significativos, ocupação profissional e lazer;							
	f) Se o paciente executa algum tipo de comportamento que possa expor a risco de vitimização. (Em caso afirmativo: incluir e instruir algum aliado de suporte ao tratamento, advindo das relações sociais do paciente ou mesmo acionar serviços de suporte social e legal;							
	g) Medicamentos em uso, transtornos psiquiátricos (Axis I e II), prévios ou comórbidos;							
	h) Histórico da saúde mental dos familiares;							
	i) Uso/abusivo de substancias lícitas e/ou ilícitas;							
	j) Metas do paciente para a terapia.							
ALIANÇA TERAPÊUTICA								
Capacidade de estabelecer uma relação de confiabilidade com o terapeuta.								
	EDUCAÇÃO SOMÁTICA							
	Sensopercepção - rastreamento das sensações corporais	linguagem não verbal						
		linguagem narrativa						
	Autorregulação - acompanhar o fluxo das mudanças sensoriais							

Contenção - capacidade de continência									
EDUCAÇÃO SOBRE OS SINTOMAS DO TEPT									
Explicação para diminuir a ansiedade									
Recomendar literatura.									
ENSINAR A MANEJAR A ANSIEDADE FORA DO CONSULTÓRIO									
Orientação	Levar sua atenção para fora do ambiente corporal.								
	Aumentar o senso de segurança.								
Respiração - orientar técnicas de respiração para diminuir a ansiedade.									
Autotoque - explorar, em terapia, os recursos pessoais somáticos de autorregulação, que podem ser usados em situações de emergência.									
Suporte	Buscar senso de apoio físico.								
	Buscar suporte relacional								
EMPODERAMENTO DE RECURSOS PESSOAIS ("Experiência livre de conflito")									
Requisitar que o paciente rememore momentos de poder pessoal.									
Rastrear sua fisiologia através da sensopercepção.									
TRABALHANDO NA LINHA DO TEMPO; EVOCAÇÃO DO EGO PRÉ-TRAUMÁTICO									
Refazendo a linha do tempo:	Passado (T-)	Presente (T zero)	Futuro (T+)						
Quem sou eu? (Identidade)	Explorar características do ego pré-traumático.	O que perdi ou ganhei a partir da experiência traumática, como eu era e							

			como estou.								
	Como percebo o mundo?	O mundo pode ser compreendido como um ambiente social, relacional e histórico. Buscar pessoas de convívio rotineiro, não apenas os laços mais íntimos. Avaliar crenças prévias genéricas e sobre o evento específico a que foi submetido.	Idem anterior. Buscar particularmente por pessoas significativas na rede de relações atuais. Avaliar crenças atuais.								
	O que espero da vida? (Propósito)	A visão de futuro e de propósito de vida.	Estar atento aos ganchos motivacionais oferecidos pelo paciente. Observar projetos abandonados em função do TEPT.								
	Rastrear as mudanças no sistema nervoso autonômico e buscar reestabelecer os ciclos de carga e descarga.										
	Conhecimento das crenças prévias e atuais do paciente, particularmente sobre o evento vivido.		(Indicar o grau de dificuldade ou flexibilidade cognitiva do paciente para elaboração do processo traumático).								
	Checar as emoções e as sensações associadas.		Escala de zero (mínima crença) a 10 (crença máxima).								
	Senso de propósito pessoal/resiliência										

DESENVOLVIMENTO

ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES					7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a
II	LIDANDO COM PESADELOS E FLASHBACKS									
	Identificar se o paciente tem pesadelos e flashbacks e tratá-los (técnica sugerida - solicitar ao paciente que escreva em uma página a reexperiência e no outro lado da página a mesma experiência com desfecho									

diferente).						
REDUÇÃO DO CHOQUE - Saindo da dissociação						
Auxiliar o paciente a completar a resposta de dissociação, desacoplando o terror da imobilidade tônica.						
PENDULAÇÃO ENTRE OS VÓRTICES (DE TRAUMA E CONTRA-VÓRTICE) - promovendo descargas tituladas						
Promover a pendulação sucessiva e gradual entre os dois vórtices de forma titulada.						
MAPEAR OS ESTÍMULOS CAPAZES DE DISPARAR OS SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS						
Identificar os estímulos multissensoriais diretos e indiretos acoplados à situação traumática.						
Explorar imagens visuais, auditivas, olfativas, táteis e gustativas relacionadas ao evento.						
Hierarquizar as situações, da mais ansiogênicas para a menos.						
Descarregar, dessensibilizar e habituar o indivíduo às memórias que frequentemente são evitadas.						
RESTAURAR A AGRESSIVIDADE SAUDÁVEL						
Restaurar a capacidade de reconectar com as defesas ativas (lutas, ou seja, todas as respostas de enfrentamento e fuga, ou seja, todas as respostas de evitação).						
Restabelecer os limites, de forma saudável, e retificar que foram invadidos, sustentando o tônus necessário para evitar novas invasões.						
TRABALHAR COM A FISIOLÓGIA QUE ESTÁ SUBJACENTE AOS PENSAMENTOS E AOS ESTÍMULOS (dinâmica de acoplamento entre os elementos do SICAS e entre imobilidade e terror).						
Rastrear, através da sensopercepção, a alteração autonômica que ocorre diante dos pensamentos e dos estímulos disparadores traumáticos, com o intuito de criar o ambiente orgânico favorável para se reestabelecerem as conexões com SICAS, de forma saudável.						

	Desafio - Levar o paciente a suportar o contato com as sensações inerentes aos pensamentos e às emoções associadas às memórias do trauma.							
	COMPLETAR OS ENSAIOS FISIOLÓGICOS DE SOBREVIVÊNCIA E RESTAURAR ORIENTAÇÃO (defensiva e exploratória) E RESPOSTAS DE DEFESA ATIVA (luta/fuga)							
	Auxiliar o paciente a completar os ensaios que a fisiologia (sistema muscular, fâscias, órgãos, tendões, articulações etc.) quis fazer para sobreviver e não pôde, pois o evento traumático aconteceu de forma rápida, intensa ou precoce demais, sobrepujando a capacidade do indivíduo de lidar ativamente com ele.							
	TRABALHAR COM CULPA, VERGONHA E RAIVA INERENTES AO TEPT							
	Rastrear se o paciente apresenta suficiente capacidade de contenção.	Pedir ao paciente que entre em contato com o aspecto postural dessas emoções, enquanto rastreia a fisiologia, para que ela se mova em direção à descarga e a estados de maior regulação.						
	Orientar o paciente sobre a importância da raiva na capacidade de proteção pessoal e autorregulação.							
			DESENVOLVIMENTO					
ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES			7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
III	PREVENINDO RECAÍDAS							
	Organização - estabelecimento de novos padrões de comportamento							
	Estimular as conquistas, advindas da terapia, a serem exercitadas em outras situações cotidianas.							
	Trazer essas novas situações de confronto para as sessões.	Reforçar todas as condutas e conquistas bem sucedidas						

		Educar/exercitar as condutas que não lograram êxito						
	Educar o paciente e a família quanto a possíveis ou previsíveis lapsos na evolução do processo.							
	ESTABELECENDO/FORTALECENDO ALIANÇA COM REDE SOCIAL DE SUPORTE							
	Trabalhar o amparo social no que tange à manutenção ou ampliação da rede de amigos, no estabelecimento de tarefas coletivas e na restauração de comportamentos de grupo presentes na situação pré-trauma.							

PROTOCOLO PARA TEPT COM SE[®] EM 18 SESSÕES

DADOS GERAIS
Nome:
Idade:
Cargo/Função:
T.S. Púb. Federal:

ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES		SESSÕES					
		DESENVOLVIMENTO		CONCLUSÃO			
		13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a
I	ANAMNESE INICIAL						

	- Informações relevantes para o terapeuta							
	- Ajuda a reforçar os comportamentos adaptativos							
	- Validar qualquer recurso emergente do paciente (interno ou externo)							
	- Pontuar algumas distorções de significados (por ex: mesmo que você sinta ter feito coisas que provocaram o rapaz, ele não tinha o direito de te violentar).							
	- Devem-se identificar:	a) Sintomas da TEPT (hiperativação autonômica, comportamento de evitação, entorpecimento, revivência e pesadelos. Incluindo frequência e severidade dos mesmos e outros sintomas físicos, emocionais e psicológicos apresentados;						
		b) Crenças disfuncionais relevantes vinculadas ao trauma;						
		c) Fatores causais dos sintomas (preexistentes, precipitantes, perpetuadores) e fatores de proteção (recursos internos e externos, incluindo os relacionais);						
		d) Histórico geral do desenvolvimento físico e psíquico e dos traumas;						
		e) Relacionamentos significativos, ocupação profissional e lazer;						
		f) Se o paciente executa algum tipo de comportamento que possa expor a risco de revitimização. (Em caso afirmativo, incluir e instruir algum aliado de suporte ao tratamento, advindo das relações sociais do paciente ou acionar serviços de suporte social e legal);						
		g) Medicamentos em uso, transtornos psiquiátricos (Axis I e II), prévios ou comórbidos;						
		h) Histórico da saúde mental dos familiares;						
		i) Uso/abusivo de substâncias lícitas e/ou ilícitas;						
		j) Metas do paciente para a terapia.						
	ALIANÇA TERAPÊUTICA							

Capacidade de estabelecer uma relação de confiabilidade com o terapeuta							
EDUCAÇÃO SOMÁTICA							
Sensopercepção - rastreamento das sensações corporais	linguagem não verbal						
	linguagem narrativa						
Autorregulação - acompanhar o fluxo das mudanças sensoriais							
Contenção - capacidade de continência							
EDUCAÇÃO SOBRE OS SINTOMAS DO TEPT							
Explicação para diminuir a ansiedade							
Recomendar literatura.							
ENSINAR A MANJEAR A ANSIEDADE FORA DO CONSULTÓRIO							
Orientação	Levar sua atenção para fora do ambiente corporal.						
	Aumentar o senso de segurança.						
Respiração - orientar técnicas de respiração para diminuir ansiedade.							
Autotoque - explorar, em terapia, os recursos pessoais somáticos de autorregulação, que podem ser usados em situações de emergência.							
Suporte	Buscar senso de apoio físico.						
	Buscar suporte relacional.						
EMPODERAMENTO DE RECURSOS PESSOAIS ("Experiência livre de conflito")							
Requisitar do paciente a rememoração de momentos de poder pessoal.							
Rastrear sua fisiologia através da sensopercepção.							

TRABALHANDO NA LINHA DO TEMPO; EVOCAÇÃO DO EGO PRÉ-TRAUMÁTICO									
Refazendo a linha do tempo:	Passado (T-)	Presente (T zero)	Futuro (T+)						
Quem sou eu? (Identidade)	Explorar características do ego pré-traumático.	O que perdi ou ganhei a partir da experiência traumática, como eu era e como estou.							
Como percebo o mundo?	O mundo pode ser compreendido como um ambiente social, relacional e histórico. Buscar pessoas de convívio rotineiro, não apenas os laços mais íntimos. Avaliar crenças prévias genéricas e sobre o evento específico a que foi submetido.	Idem anterior. Buscar particularmente por pessoas significativas na rede de relações atuais. Avaliar crenças atuais.							
O que espero da vida? (Propósito)	A visão de futuro e de propósito de vida.	Estar atento aos ganchos motivacionais oferecidos pelo paciente. Observar projetos abandonados em função do TEPT.							
Rastrear as mudanças no sistema nervoso autonômico e buscar reestabelecer os ciclos de carga e descarga.									
Conhecimento das crenças prévias e atuais do paciente, particularmente sobre o evento vivido.		(Indicar o grau de dificuldade ou flexibilidade cognitiva do paciente para elaboração do processo traumático).							
Checar as emoções e sensações associadas.		Escala de zero (mínima crença) a 10 (crença máxima).							
Senso de propósito pessoal/resiliência									

		DESENVOLVIMENTO		CONCLUSÃO			
ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES		13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a
II	LIDANDO COM PESADELOS E FLASHBACKS						
	Identificar se o paciente tem pesadelos e flashbacks e tratá-los (técnica sugerida - solicitar ao paciente que escreva em uma página a reexperiência, e no outro lado da página, a mesma experiência com desfecho. diferente).						
	REDUÇÃO DO CHOQUE - Saindo da dissociação						
	Auxiliar o paciente a completar a resposta de dissociação, desacoplando o terror da imobilidade tônica.						
	PENDULAÇÃO ENTRE OS VÓRTICES (DE TRAUMA E CONTRA-VÓRTICE) - promovendo descargas tituladas						
	Promover a pendulação sucessiva e gradual entre os dois vórtices de forma titulada.						
	MAPEAR OS ESTÍMULOS CAPAZES DE DISPARAR OS SINTOMAS PÓS-TRAUMÁTICOS						
	Identificar os estímulos multissensoriais diretos e indiretos acoplados à situação traumática.						
	Explorar imagens visuais, auditivas, olfativas, táteis e gustativas relacionadas ao evento.						
	Hierarquizar as situações, da mais ansiogênica para a menos.						
	Descarregar, dessensibilizar e habituar o indivíduo às memórias que frequentemente são evitadas.						
	RESTAURAR A AGRESSIVIDADE SAUDÁVEL						
	Restaurar a capacidade de reconectar com as defesas ativas (lutas, ou seja, todas as respostas de enfrentamento, e fuga, todas as respostas de evitação).						

	Restabelecer os limites, de forma saudável, retificando aqueles que foram invadidos, sustentando o tônus necessário para evitar novas invasões.							
	TRABALHAR COM A FISILOGIA QUE ESTÁ SUBJACENTE AOS PENSAMENTOS E AOS ESTÍMULOS (dinâmica de acoplamento entre os elementos do SICAS e entre imobilidade e terror).							
	Rastrear, através da sensopercepção, a alteração autonômica que ocorre diante dos pensamentos e estímulos disparadores traumáticos, com o intuito de criar o ambiente orgânico favorável para se reestabelecerem as conexões com SICAS, de forma saudável.							
	Desafio - levar o paciente a suportar o contato com as sensações inerentes aos pensamentos e às emoções associadas às memórias do trauma.							
	COMPLETAR OS ENSAIOS FISIOLÓGICOS DE SOBREVIVÊNCIA E RESTAURAR ORIENTAÇÃO (defensiva e exploratória) E RESPOSTAS DE DEFESA ATIVA (Luta/Fuga).							
	Auxiliar o paciente a completar os ensaios que a fisiologia (sistema muscular, fáscias, órgãos, tendões, articulações, etc.) quis fazer para sobreviver e não pôde, pois o evento traumático aconteceu de forma rápida, intensa ou precoce demais, sobrepujando a capacidade do indivíduo de lidar ativamente com ele.							
	TRABALHAR COM CULPA, VERGONHA E RAIVA INERENTES AO TEPT							
	Rastrear se o paciente apresenta suficiente capacidade de contenção.	Pedir ao paciente que entre em contato com o aspecto postural dessas emoções, enquanto rastreia a fisiologia, permitindo que ela se mova em direção à descarga e a estados de maior regulação.						
	Orientar o paciente sobre a importância da raiva na capacidade de proteção pessoal e autorregulação.							
			DESENVOLVIMENTO		CONCLUSÃO			
ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES			13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª

III	PREVENINDO RECAÍDAS							
	Organização - estabelecimento de novos padrões de comportamento							
	Estimular as conquistas, advindas da terapia, a serem exercitadas em outras situações cotidianas.							
	Trazar essas novas situações de confronto para as sessões.	Reforçar todas as condutas e conquistas bem sucedidas.						
		Educar/exercitar as condutas que não lograram êxito.						
	Educar o paciente e a família quanto a possíveis, ou previsíveis, lapsos na evolução do processo.							
	ESTABELECENDO/FORTALECENDO ALIANÇA COM REDE SOCIAL DE SUPORTE							
	Trabalhar o amparo social no que tange à manutenção ou ampliação da rede de amigos, ao estabelecimento de tarefas coletivas e à restauração de comportamentos de grupo presentes na situação pré-trauma.							

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você para participar da pesquisa **“SOMATIC EXPERIENCING®: propondo uma nova tecnologia para o tratamento do TEPT”**, coordenada pela Prof^a. Dr^a. Soraya Maria de Medeiros, membro da Base intitulada Enfermagem nos Serviços de Saúde, Professora Adjunta IV do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, com o acompanhamento e a assistência de Wandecleide Lucena Fernandes COREN/PB 40419, enfermeira, estudante do Curso de Saúde Pública da Universidad Americana – Assunção -Py.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidade.

A pesquisa tem o objetivo de analisar o resultado da aplicação do Somatic Experiencing® entre servidores públicos federais, portadores de estresse pós-traumático adquirido no ambiente de trabalho. Para a coleta dos dados, serão agendadas sessões individualizadas que acontecerão com duração de, aproximadamente, 60 minutos. A técnica de coleta será com base no prontuário individual. Serão usados um gravador de voz e um caderno de campo para anotações que o pesquisador julgar necessárias.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao seguinte procedimento: 18 sessões de Somatic Experiencing®-SE®, que serão gravadas, transcritas e analisadas pelo pesquisador. Todas as informações obtidas são confidenciais e só serão usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante.

Os riscos envolvidos com sua participação podem estar relacionados à dimensão intelectual e social, que serão minimizados através das seguintes providências: desistência de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe sejam imputados penalidades ou prejuízos. E mesmo que não seja necessário ressarcimento, os pesquisadores se responsabilizarão por possíveis custos solicitados por você, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Os benefícios inerentes à pesquisa podem contribuir para reduzir os danos provocados pelo transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) entre servidores públicos federais. Essas informações poderão ser publicadas, ser um meio de divulgação e fornecer elementos para o tratamento do TEPT através do SE®. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, será ressarcido/a, caso solicite.

Todas as informações obtidas serão sigilosas, e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro por, no mínimo, cinco anos, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e todas as dúvidas que tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar diretamente à pesquisadora, no Campus Universitário em Lagoa Nova – Natal/RN, ou pelos telefones (84) 3215-5301.

Dúvidas a respeito da ética da pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB, no endereço: Campus Universitário, CEP: 58051-900, ou E-mail: pesquisa@ccs.ufpb.br.

Consentimento livre e esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos da pesquisa cujo título é “SOMATIC EXPERIENCING®: propondo uma nova tecnologia para o tratamento do TEPT”, como será realizada, os riscos e os benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente dela.

Autorizo o uso das informações obtidas através das gravações, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito, podendo utilizar, inclusive, meus documentos. Concedo, também, o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre a minha identidade usando pseudônimos.

Participante da pesquisa

Enfª. Wandecleide Lucena Fernandes
Doutoranda em Saúde Pública

Profª Drª Soraya Maria de Medeiros
Orientadora da pesquisa

Soraya Maria de Medeiros

Av: Branca Dunas, nº 65, Condomínio Quatro Estações - BL 02, Apt. 103.

Candelária. Natal/RN, CEP: 59064-720, Brasil, Telefone: (84) 99865749 ou e-mail: sorayamaria_ufrn@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa UFPB

Campus-I Cidade Universitária, Bairro Castelo Branco. João Pessoa/PB. CEP: 58051-900, ou E-mail: pesquisa@ccs.ufpb.br.

ANEXO C

**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.**

Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 30 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, criado pelo Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970.

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Art. 3º Para os fins desse Decreto, considera-se:

I - assistência à saúde: ações que visem à prevenção, à detecção precoce e ao tratamento de doenças e, ainda, à reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com as seguintes atribuições:

I - aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS;

II - deliberar sobre as propostas de criação, jurisdição e funcionamento das unidades do SIASS;

III - deliberar, em relação às unidades do SIASS, sobre os instrumentos de cooperação e as iniciativas para provimento de materiais e equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações, bem como sobre contratos de segurança, limpeza e conservação;

IV - deliberar sobre os procedimentos para uniformização e padronização das ações relativas ao SIASS;

V - orientar e acompanhar a execução das ações e programas no âmbito do SIASS; e

VI - aprovar regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores, de acesso restrito às pessoas a que elas se referirem ou a servidores autorizados na forma da lei.

§ 1º A força de trabalho do SIASS será formada exclusivamente por servidores federais, ficando vedadas a terceirização de mão-de-obra e a contratação de pessoal por tempo determinado.

§ 2º O Comitê Gestor pautará suas ações visando tornar célere o atendimento ao servidor, especialmente no que se refere às ações preventivas, e reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho.

Art. 5º O Comitê Gestor será composto por um representante de cada órgão a seguir indicado:

I - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que o coordenará;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Previdência Social;

V - Ministério da Educação;

~~VI - Ministério da Fazenda;~~

~~VII - Ministério do Trabalho e Emprego.~~

VI - Ministério da Fazenda; (Redação dada pelo Decreto nº 7.121, de 2010)

VII - Ministério do Trabalho e Emprego; e (Redação dada pelo Decreto nº 7.121, de 2010)

VIII - Ministério da Justiça. (Incluído pelo Decreto nº 7.121, de 2010)

§ 1º A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão exercerá as funções de Secretaria Executiva do Comitê Gestor.

§ 2º As deliberações do Comitê Gestor serão adotadas por maioria simples, presentes pelo menos cinco dos seus membros, cabendo ao coordenador exercer, além do próprio voto, o de desempate.

§ 3º Os membros do Comitê Gestor, titular e suplente, serão indicados pelos titulares dos seus respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, para mandato de três anos, permitida uma única recondução.

§ 4º As regras para organização e funcionamento do Comitê Gestor serão definidas em seu regimento interno, aprovado na forma do § 2º, observadas as disposições desse Decreto.

§ 5º A participação no Comitê Gestor é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 6º O exercício do servidor no âmbito do SIASS não implica mudança de unidade de lotação ou de órgão de origem.

Art. 7º Caberá ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão decidir sobre as deliberações do Comitê Gestor e celebrar os instrumentos de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional.

Art. 8º Esse Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogado o Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006.

Brasília, 29 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Paulo Bernardo Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 30.4.2009

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário Lauro Wanderley
Universidade Federal da Paraíba

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em Reunião Ordinária realizada no dia 30/07/2013, após análise do parecer do relator, considerou **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **SOMATIC EXPERIENCING®: Propondo uma nova tecnologia para o tratamento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático**, da pesquisadora responsável **Wandecleide Lucena Fernandes**. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE:18916613.9.0000.5183.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade de ao término da pesquisa enviar via *online* o relatório final ao CEP/Plataforma Brasil para emissão da certidão definitiva.

Informamos que qualquer alteração do Projeto e dificuldades deverão ser **comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa** através do Pesquisador responsável e/ou chefia do setor competente.

A pesquisadora fica, desde já, notificada da obrigatoriedade de no término da pesquisa enviar *online* o relatório final da pesquisa à Plataforma Brasil/CEP.

João Pessoa, 07 de agosto de 2013.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - comitedeetica@hulw.ufpb.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS-CEP



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, **certificamos** que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 26 de julho de 2016, **APROVOU** o Relatório final da pesquisa intitulada “SOMATIC EXPERIENCING®: Propondo uma nova tecnologia para o tratamento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático”, da pesquisadora Wandecleide Lucena Fernandes, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 18916673.9.0000.5183, conforme Parecer CEP/HULW nº 1660231, tendo a citada pesquisa sido concluída e enviada à Plataforma Brasil.

João Pessoa, 08 de agosto de 2016.

Dr^a M^a Eliane Moreira Freire
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EPSEH / UFPB

Pro^f. Dr^a. Maria Eliane Moreira Freire
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 4º andar. Campus I – Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167964 — Fone/fax: (083)32167964 E-mail – comitedeetica@hulw.ufpb.br

ANEXO E



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SOMATIC EXPERIENCING®. Propondo uma nova tecnologia para o tratamento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático

Pesquisador: Wandecleide Lucena Fernandes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18916613.9.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.660 231

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma tese de doutorado em Saúde Pública que se propôs a avaliar uma nova abordagem de tratamento para o Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

Estudo do tipo analítico e intervencionista, com uma abordagem qualitativa, utilizando o método da teoria em psicopatologia do trabalho de Christophe Dejours e tendo como base para interpretação analítica dos dados Análise de Discurso de Michel Pêcheux.

O estudo foi desenvolvido nas sedes do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), instalados na Cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba-Brasil, com servidores públicos efetivos dos órgãos públicos federais que fazem parte do SIASS e que se dispunham a aceitar participar da realização da pesquisa. A população-alvo foi constituída por servidores públicos federais, do quadro de servidores efetivos das instituições que estivessem em atividades do trabalho ou afastados por licença médica, portadores de estresse pós-traumático adquirido no ambiente de trabalho de acordo com diagnóstico confirmado no prontuário do SIASS. A amostra foi composta por 5 pacientes, que se encaixaram nos critérios de inclusão: servidores públicos federais com vínculos na cidade de João Pessoa-PB, portadores de estresse pós-traumático adquirido no ambiente de trabalho, encaminhado pelos psicólogos e médicos do Subsistema Integrado de Saúde do Servidor-SIASS que concordaram livremente em participar do estudo, eles

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPA

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58 059-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitadedetica@hulw.ufpa.br

Wandecleide Lucena Fernandes
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EBSERH - UFPA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.660.231

foram informados sobre os objetivos, finalidades e importância do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A escolha da amostra justificou-se pelo fato de facilitar a implementação da intervenção terapêutica com o Somatic Experiencing®, uma vez que as sessões foram realizadas uma vez por semana, com um total de 18 sessões de acordo com o protocolo. Foram excluídos os sujeitos que faltarem a duas sessões de SE®.

Procedimento aplicação da Somatic Experiencing® (SE): Essa abordagem terapêutica consiste em ajudar o indivíduo a libertar-se do trauma, auxiliando-o ao organismo a completar seu processo fisiológico normal de luta, fuga e congelamento. Numa sessão terapêutica do SE® não é necessário que uma pessoa re-viva o trauma; os Praticantes da Somatic Experiencing (Practitioners) como é o caso da autora do estudo possuem uma linha de trabalho que visa a restauração da confiança do indivíduo em si mesmo, encontrando com isso em seu corpo os recursos para renegociar o trauma.

As sessões aconteceram individualmente perfazendo um total de vinte, em sala própria com duração de aproximadamente 60 minutos, transcritas pela pesquisadora, visando assegurar o sigilo acordado com os colaboradores da pesquisa.

O SE é um importante instrumento naturalista para resolução de situações traumáticas cabe sua aplicabilidade na população de servidores públicos federais com TEPT, na busca de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, diminuindo o absenteísmo com o retorno ao trabalho.

Acredita-se que a utilização do SE na saúde do trabalhador será um novo caminho a ser trilhado para a qualidade de vida dos servidores das instituições públicas federais.

No entanto, a pesquisadora responsável submete essa Emenda à apreciação deste CEP, com a seguinte justificativa: Durante a execução da pesquisa, podemos observar que tomou a dimensão de um Ensaio Clínico, por ter tido intervenções terapêuticas, bem como, também por avaliação da Pios One como ensaio clínico (carta em anexo). O título da pesquisa também sofreu mudança, sendo atualmente: **SOMATIC EXPERIENCING® NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: discursividade de servidores públicos federais.**

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o discurso dos servidores públicos federais, portadores de TEPT adquirido no ambiente de trabalho, a partir da utilização das ferramentas do SE® como proposta terapêutica.

Identificar servidores públicos federais portadores de TEPT adquirido no ambiente de trabalho.

Traçar o perfil sócio demográfico através dos dados dos prontuários do SIASS.

Aplicar sessões terapêuticas individuais de SE® utilizando ferramentas específicas da Técnica.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 1.660.231

Promover (proporcionar) através das sessões de SE® a autoregulação e melhoria dos sintomas do TEPT.
Avaliar nos discursos dos servidores público federais, após as sessões de SE®.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios decorrentes do estudo foram declarados pela pesquisadora em consonância com a Resolução 466/2012, do CNS/MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda temática bastante relevante e propõe uma nova abordagem terapêutica para tratamento deste transtorno que gera sofrimento e prejuízos a qualidade de vida de tantos pacientes. O delineamento metodológico adotado no desenvolvimento do estudo corrobora a EMENDA apresentada pela pesquisadora responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Conforme recomendações contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, o pesquisador responsável deverá disseminar o conhecimento produzido, com apresentação dos resultados à instituição co-participante, publicações em periódicos da área de interesse e/ou eventos científicos, como forma de retorno social do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a Emenda do protocolo de pesquisa encontra-se adequado no tocante aos aspectos éticos e metodológicos, conforme diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do CNS/MS, somos de parecer favorável às alterações solicitadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer APROVADO da Emenda submetida pela pesquisadora responsável, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em Reunião Ordinária, realizada em 26 de Julho de 2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_759887	15/07/2016		Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58 059-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br

[Assinatura]
Márcia Eliana Moreira Freire
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/HULW - UFPB



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPA



Continuação do Parecer: 1 660 231

Básicas do Projeto	E2.pdf	12:01:45		Aceito
Outros	Img010.jpg	15/07/2016 11:49:49	Wandecleide Lucena Fernandes	Aceito
Outros	Img009.jpg	15/07/2016 11:49:16	Wandecleide Lucena Fernandes	Aceito
Carta de Autorização da Instituição	Scan0002.pdf	16/12/2013 20:14:14		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Folha de Rosto.pdf	23/07/2013 10:30:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFPA.pdf	23/07/2013 10:29:37		Aceito
Declaração de Pesquisadores	INSS.pdf	23/07/2013 10:29:19		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Funasa.pdf	23/07/2013 10:29:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fazenda.pdf	23/07/2013 10:28:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_WANDECLEIDE_Plataforma II.doc	23/07/2013 10:28:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1).docx	23/07/2013 08:47:25		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	23/07/2013 08:36:08		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 03 de Agosto de 2016

Assinado por:

MARIA ELIANE MOREIRA FERREIRA
(Coordenadora)

Dra. Maria Eliane Moreira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
HULW - EBSERH / UFPA

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPA
CEP: 58 059-900

Bairro: Cidade Universitária

UF: PA

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpa.br

ANEXO F**MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS****PORTARIA SRH Nº 1261, DE 5 DE MAIO DE 2010**

Institui os Princípios, as Diretrizes e as Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e as entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores.

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do art. 35 do Anexo I do Decreto nº 7.063, de 13 de janeiro de 2010, resolve:

Art. 1º Instituir os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental, a serem adotados como referência nos procedimentos em saúde mental na Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, na forma do Anexo a essa Portaria.

Art. 2º Essa Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DUVANIER PAIVA FERREIRA

**ANEXO
CAPÍTULO I
PRINCÍPIOS NORTEADORES**

Art. 1º Os procedimentos em saúde mental a serem adotados pelos órgãos do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública direta, autárquica e fundacional obedecerão aos seguintes princípios:

I - estar em consonância com as políticas públicas de saúde mental e de saúde do trabalhador, considerando os pressupostos nacionais (Ministério da Saúde) e as recomendações dos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde – OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e a Organização Internacional do Trabalho – OIT, respeitando a realidade local;

II - basear-se em princípios humanitários e éticos de igualdade, equidade e não discriminação, do direito à privacidade e à autonomia individual, da abolição do tratamento desumano e degradante, garantindo o tratamento adequado;

III - celebrar parcerias e redes, em um sistema integrado de referência e contrarreferência de atenção psicossocial que propicie a expansão de ações e serviços de saúde mental e potencialize resultados na área de prevenção aos agravos, de promoção à saúde, de assistência terapêutica e de reabilitação. A rede deve promover a melhor articulação entre os serviços;

IV - manter interlocução com a sociedade civil organizada atuante em saúde mental;

V - compartilhar com os gestores, servidores e seus representantes a elaboração e consecução das ações integrantes da Política de Atenção à Saúde do Servidor;

VI - priorizar estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde mental dos servidores públicos, monitorando riscos ambientais e considerando indicadores de saúde dos servidores, bem como promovendo ações educativas;

VII - estabelecer o atendimento por meio de equipe multiprofissional nas unidades do SIASS, garantindo um atendimento interdisciplinar e uma abordagem transdisciplinar;

VIII - garantir a intersetorialidade dos órgãos e serviços, promovendo o intercâmbio de projetos e ações e respeitando as especificidades regionais, integrando ações nas áreas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação profissional; e

IX - desenvolver programas de formação, capacitação e supervisão contínuos para os profissionais dos serviços de saúde, gestores e servidores que atuam na área de saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II DIRETRIZES E AÇÕES

Seção I

Quanto à Promoção de Saúde

Art. 2º Para os fins dessa Portaria, entendem-se como promoção de saúde as ações que, voltadas para a melhoria das condições e relações de trabalho, favoreçam a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de atitudes e de comportamentos individuais e coletivos para a proteção da saúde no local de trabalho.

Parágrafo único. Inclui-se na promoção de saúde a prevenção a agravos, entendida como ação antecipada que objetiva evitar danos à saúde do servidor em decorrência de fatores comportamentais, do ambiente e/ou do processo de trabalho.

I - promover ações que mantenham e fortaleçam vínculos entre os servidores em sofrimento psíquico, seus familiares, seus representantes, na sua comunidade e no trabalho, tornando-os parceiros no planejamento do tratamento e na constituição de redes de apoio e integração social a todos os envolvidos;

II - realizar programas e ações fundamentados em informações epidemiológicas, considerando as especificidades e as vulnerabilidades do público-alvo;

III - realizar as ações de promoção inclusivas com respeito à pluralidade cultural e às diferenças de religião, gênero, orientação sexual, cor/raça/etnia, habilidade física ou intelectual, classe e idade/geração, buscando combater o estigma das pessoas com sofrimento psíquico;

IV - promover a concepção ampliada de saúde mental, integrada à saúde física e ao bem-estar socioeconômico dos servidores;

V - planejar e direcionar as ações de promoção ao desenvolvimento humano, ao incentivo à educação para a vida saudável, com acesso aos bens culturais;

VI - ampliar a divulgação e integração dos serviços de saúde mental da rede pública, dos órgãos da APF e da rede conveniada, assim como gerir em nível local a forma de procurá-los e utilizá-los;

VII - detectar precocemente, acolher e monitorar o tratamento da pessoa com sofrimento psíquico;

VIII - realizar ações, em vários níveis de interlocução, com o objetivo de combater o estigma das pessoas com transtornos mentais, incluindo orientação aos demais trabalhadores da instituição sobre sofrimento psíquico e doenças mentais e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações da rede social e familiar; IX - estabelecer e registrar nexo causal entre os processos de trabalho, o sofrimento psíquico e os transtornos mentais e comportamentais;

X - identificar nos locais de trabalho os fatores envolvidos no adoecimento mental, mapear os locais e os tipos de atividades e propor medidas de intervenção no ambiente e na organização do trabalho no intuito de valorizar o servidor e diminuir o sofrimento psíquico;

XI - intervir nas situações de conflito vivenciadas no local de trabalho, buscando soluções dialogadas e ações mediadas pela equipe multiprofissional, constituindo comissões de ética onde não existirem, como instâncias de mediação no âmbito institucional;

XII - oferecer suporte ao desenvolvimento das competências e habilidades do servidor, ao encontro das metas e objetivos a serem alcançados, auxiliando-o inclusive no desenvolvimento eficaz de seus projetos de vida;

XIII - disponibilizar espaços terapêuticos nos ambientes de trabalho quando as ações estiverem integradas à Política de Atenção à Saúde dos Servidores;

XIV - garantir a realização das atividades de promoção à saúde no horário de trabalho;

XV - incentivar na Administração Pública Federal a implantação de Programas de Preparação à Aposentadoria – PPA;

XVI - identificar situações de trabalho penosas do ponto de vista da saúde mental, propondo as intervenções necessárias;

XVII - privilegiar programas de promoção da qualidade de vida, como meio de ampliar os fatores de proteção aos portadores de transtornos mentais e de diminuir a recorrência das crises; e

XVIII - capacitar os gestores para identificar sofrimento psíquico no trabalho.

Seção II

Quanto à Assistência Terapêutica

Art. 3º Entende-se por assistência terapêutica o conjunto de práticas com foco no atendimento às necessidades e expectativas de saúde dos servidores, a partir de diferentes modalidades de atenção direta, realizadas por equipe multiprofissional.

I - articular os diversos serviços e equipamentos de saúde da APF em todo o território, valorizando os serviços assistenciais já existentes, com o objetivo de integrar uma rede de atendimento à saúde do servidor, com referências para o atendimento em saúde mental;

II - priorizar a atenção psicossocial por meio de equipe multiprofissional, estimulando a integração e o aprofundamento de saberes e práticas integradas em torno de um conhecimento transdisciplinar;

III - garantir, nas unidades integrantes do SIASS, o oferecimento de apoio e suporte aos processos terapêuticos do servidor, por meio de atendimentos individuais e coletivos, promovendo a autonomia e a inserção laboral;

IV - valorizar o atendimento em grupo como espaço de troca de experiências subjetivas e de informações gerais sobre atendimentos médicos, psicológicos, sociais, culturais e jurídicos, garantindo o sigilo profissional;

V - organizar serviços de acompanhamento psicossocial que disponham de atendimento a demandas espontâneas dos servidores ou por encaminhamento, com vistas a intervenções breves e encaminhamento para tratamento;

VI - oferecer serviços de referência propiciadores de vínculos significativos, por meio de projetos terapêuticos que respeitem as especificidades de cada servidor e de sua relação com o trabalho;

VII - realizar visitas técnicas domiciliares e nos locais de trabalho, possibilitando maior entendimento do contexto pessoal e social;

VIII - manter o atendimento individual do servidor em sofrimento psíquico, orientado para o alívio dos sintomas, identificando e estabelecendo mecanismos eficientes de referências e contrarreferências, com o apoio e a orientação familiar do servidor;

IX - acompanhar o projeto terapêutico do servidor em sofrimento psíquico junto a sua rede de assistência;

X - atuar sobre os fatores de risco e proteção associados ao abuso de álcool e outras drogas, baseando-se na política de saúde mental e na estratégia de redução de danos referendada pelo Ministério da Saúde;

XI - incentivar e fortalecer parcerias das unidades do SIASS com os Hospitais Universitários, em especial aqueles que possuem iniciativas de atenção à saúde mental; e XII - intervir, em qualquer nível hierárquico, nas situações de conflito vivenciadas por pessoas em sofrimento psíquico no seu local de trabalho, buscando junto aos gestores uma resolução pelo diálogo e por ações assertivas para o servidor e para a APF.

Seção III

Quanto à Reabilitação

Art.4º Entende-se por reabilitação um conjunto de ações e intervenções que visam melhorar a reestruturação da autonomia da pessoa nas suas dimensões física, mental, social e afetiva, integrando-a nos diferentes espaços da sociedade.

Parágrafo único. A reabilitação tem como objetivo diminuir ou eliminar as limitações sofridas pelo servidor para o exercício de suas atividades laborais e valorizar as capacidades e competências.

I - estimular a criação de grupos de readaptação, ressocialização, apoio terapêutico e reinserção nos locais de trabalho, conforme a realidade, como forma de lidar com as demandas de reabilitação;

II - prover recursos e estratégias terapêuticas que valorizem as habilidades, competências e talentos dos servidores;

III - propiciar a realização de intervenções terapêuticas não medicalizantes para estabilização de quadros clínicos apresentados pelos servidores;

IV - orientar e capacitar os servidores para exercerem atividades compatíveis com sua capacidade laborativa e seus interesses; e

V - sensibilizar gestores para o acolhimento dos servidores no retorno ao trabalho.

Seção IV

Quanto à Informação, Formação, Comunicação e Pesquisa em Saúde Mental

Art. 5º Uma intervenção qualificada no processo saúde e trabalho no serviço público requer:

- I - um sistema de informação com dados confiáveis;
- II - uma política de comunicação que aborde a complexidade da saúde mental;
- III - um projeto de formação e capacitação que ajude a ampliar a concepção de saúde mental para além da doença; e
- IV - iniciativas de pesquisa em saúde mental, cujos estudos produzam conhecimentos importantes relacionados com a área de saúde mental no trabalho;
 - a) criar e manter atualizados sistemas de informação e de notificação sobre saúde, com indicadores de saúde mental padronizados;
 - b) registrar história clínica e de ocupação funcional do servidor para auxiliar no estabelecimento denexo causal do adoecimento com o trabalho;
 - c) desenvolver indicadores para detecção de ambientes propiciadores de sofrimento psíquico para fins de prevenção e formulação de políticas de recursos humanos que propiciem um ambiente de trabalho mais saudável;
 - d) garantir o livre acesso aos dados consolidados, preservando o sigilo das informações individuais;
 - e) garantir o retorno das informações e resultado das pesquisas para os gestores e servidores;
 - f) incentivar e fortalecer parcerias com as universidades e outras instituições de ensino, para apoiar iniciativas de formação e capacitação de pessoas na área de saúde mental;
 - g) dar ampla divulgação das iniciativas voltadas para a Atenção à Saúde Mental do Servidor, de trabalhos publicados, de relatos de experiências, de dados coletados e de informações produzidas na área de saúde mental;
 - h) avaliar periodicamente e incentivar pesquisas e estudos epidemiológicos sobre o impacto das ações de prevenção dos agravos, de promoção da saúde, das intervenções terapêuticas e da reabilitação, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;
 - i) mapear pesquisas em saúde mental, fornecendo uma visão de organização dos serviços, formas de financiamento e programas existentes.

CAPITULO III

O PAPEL DA REDE DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Art.6º - Os gestores de convênios e contratos dos órgãos da Administração Pública Federal devem zelar para que os planos de saúde:

- I) viabilizem a inserção das pessoas em sofrimento psíquico em uma rede de atendimento adequada ao seu quadro e momento clínico, com serviços de saúde mental na atenção primária;
- II) garantam o acesso dos pacientes ao melhor tratamento de saúde, consentâneo a suas necessidades com um sistema de referência e contrarreferência; e

III) estructurem dispositivos clínicos variados e flexíveis adequados a cada situação, com acesso ao tratamento médico e psicossocial adequado.

Parágrafo único. Além da rede de saúde suplementar, o modelo de assistência ao servidor deve se valer, ainda, da rede estruturada sob a forma de Centros de Atenção Psicossocial – Caps e outros serviços em Saúde Mental do Sistema Único de Saúde – SUS, que se estruturam dentro dos princípios de universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social e hierarquização de serviços.

ANEXO G

Salas de espera do SIASS (MF/PB)



Sala de atendimento do SIASS (MF/PB)

