

Universidade Católica de Goiás  
Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Conversações com Psicólogas Clínicas sobre  
Resiliência Profissional**

*Artur Vandr  Pitanga*

Goiânia, agosto de 2009.

Universidade Católica de Goiás  
Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Conversações com Psicólogas Clínicas sobre  
Resiliência Profissional**

*Artur Vandr  Pitanga*

Disserta o apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obten o do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Goiânia, agosto de 2009.

P681c Pitanga, Artur Vandré.  
Conversações com psicólogas clínicas sobre resiliência profissional / Artur  
Vandré Pitanga. – 2009.

108 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Programa de  
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, 2009.

“Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe”.

1. Psicologia clínica – atuação profissional – resiliência. 2. Resiliência  
profissional. 3. Psicólogo – resiliência. I. Título.

CDU: 159.9(043.3)

615.851(043.3)

## **Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe  
Membro Presidente  
Universidade Católica de Goiás

---

Profa. Dra. Lilian Erichsen Nassif  
Membro Convidado Externo  
Universidade Federal de Minas Gerais

---

Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini  
Membro Convidado Interno  
Universidade Católica de Goiás

---

Profa. Dra. Kátia Barbosa Macêdo  
Membro Convidado Suplente  
Universidade Católica de Goiás



## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por me dar saúde e condições para que a realização desta pesquisa fosse possível.

Muito obrigado ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, pela sabedoria, paciência e incentivo nas aulas e orientações.

Grato aos professores das disciplinas do mestrado: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> João Cláudio Todorov, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Cristiano Coelho, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Sebastião Benício e Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Fábio Jesus Miranda.

Agradeço à banca examinadora, professores: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheila Giardini Murta (banca de qualificação), Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lilian Erichsen Nassif, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Sacramento Zanini, por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Agradecimento especial a todas as psicólogas que tiveram a disponibilidade de me conceder entrevistas. Poucas pessoas sabem das adversidades e risco no trabalho de psicologia clínica, vocês demonstram como superar e aprender com os desafios da profissão.

Muito obrigado aos amigos que fizeram parte da minha vida acadêmica e que tanto me ensinaram, especialmente: Ana Carolina, Fabrícia Prado, Daniele, Joyce Oliveira, Reginaldo Pedroso e Marla Viegas.

Carinhoso agradecimento a todos os meus familiares, especialmente meus pais: Edmundo Lopez Pitanga e Maulí Aparecida da Silva, minha irmã: Janaina Iracema Pitanga.

A vocês minha eterna gratidão.



## Resumo

Considerando a importância do trabalho que o profissional em psicologia clínica desempenha na sociedade, o presente estudo se propôs a pesquisar sobre os fatores de proteção que levam a superação e manejo de fatores de risco e dificuldades profissionais relacionados a esse campo de atuação profissional. Esse estudo contou com a participação de vinte psicólogas do sexo feminino de diferentes abordagens. Foi realizada uma entrevista com cada uma das profissionais, buscando identificar fatores de proteção que as ajudam na superação de dificuldades e dos momentos de adversidade vivenciadas nos atendimentos clínicos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Tratou-se de uma pesquisa de característica qualitativa e exploratória, de acordo com um modelo contextualista, sob o método indutivo, fundamentado nos parâmetros da *Grounded Theory*. Os conteúdos das informações coletadas foram analisados por codificação analítica e aberta e separados em categorias, os resultados eram constantemente comparados com a literatura vigente sobre o assunto. Os dados indicam um leque de fatores de resiliência incluindo: atitudes (e características) da terapeuta em seu trabalho, sabedoria adquirida e vivências profissionais, recursos pessoais da profissional, cuidados pessoais, formação intelectual (e conhecimento), orientação profissional (incluindo supervisão) e apoio social. Para as participantes estes fatores protegem tanto a efetividade profissional quanto o bem-estar pessoal da terapeuta contra os efeitos negativos das adversidades no trabalho.

**Palavras chaves:** resiliência, terapeuta, adversidade profissional.



## Abstract

Considering the social importance of clinical work by professional psychologists, the present study pretended to research factors of protection that lead to manage and overcome risk factors and professional difficulties that are inherent in this professional category. Twenty female psychologists participated in this study. They belonged to different approaches. Each of them was interviewed, with the intention to identify protective factors that help them to overcome difficulties and cope with adverse moments during treatment sessions. The interviews were recorded and transcribed verbatim and used for inductive qualitative exploration according to the principles of *Grounded Theory* and within a contextualist frame. The contents of the collected information were submitted to analytic, open coding and subsequent construction of categories. They were also compared with the literature on relevant topics. The results suggest the existence of a broad variety of factors that enhance the therapists' professional resilience. These include: attitudes (and characteristics) of the therapist in her work, acquired wisdom and experience, personal strengths, personal self-care, intellectual training (and knowledge), professional guidance (including supervision) and social support. The participants felt these factors to protect both their professional effectiveness and their personal well-being against deleterious effects of adversities at the job.

**Key words:** resilience, therapist, professional adversities.

## Lista de Tabelas

### **Tabela 1**

Dados relativos à idade, tempo de formação na área de psicologia clínica e orientação teórica de cada terapeuta. .... vi

## Sumário

|  |      |
|--|------|
| Resumo .....   | vi   |
| Abstract.....  | vii  |
| Lista de tabelas .....                                 | viii |
| <br>   |      |
| CAPÍTULO I – Os riscos da profissão de terapeuta ..... | 12   |
| 1. ....  | O    |
| s fatores de risco da profissão.....                   | 13   |
| 2. ....  | O    |
| impacto dos riscos sobre o terapeuta .....             | 17   |
| <br>   |      |
| CAPÍTULO II – Risco e resiliência .....                | 22   |
| 1. ....  | A    |
| s origens do termo “resiliência” .....                 | 23   |
| 2. ....  | P    |
| esquisas sobre resiliência humana .....                | 25   |
| 3. ....  | E    |
| m busca de uma definição de resiliência humana .....   | 29   |

|   |    |
|---|----|
| CAPÍTULO III – O terapeuta resiliente .....                         | 39 |
| 1. ....   | R  |
| esiliência do psicólogo clínico: vivências de terapeutas .....      | 40 |
| 2. ....   | R  |
| esiliência do psicólogo clínico: a literatura de autocuidados ..... | 47 |
| 3. ....   | R  |
| esiliência do psicólogo clínico: suporte social .....               | 56 |

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| MÉTODO .....                     | 63  |
| RESULTADOS .....                 | 68  |
| DISCUSSÃO .....                  | 85  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....       | 92  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 95  |
| ANEXOS .....                     | 106 |

# CAPÍTULO I

## Os riscos da profissão de terapeuta

Os psicólogos clínicos, assim como outros profissionais em diferentes áreas de trabalho passam por problemas e sofrimentos em função da influência de adversidades e fatores de risco inerentes ao seu campo de atuação. Fatores de risco são considerados como toda sorte de situações negativas ou variáveis ambientais na vida de uma pessoa, que aumentam as chances de ocorrer problemas indesejáveis no desenvolvimento, tais como problemas físicos, psicológicos e/ou sociais (Sapienza & Pedromônico, 2005; Polleto & Koller, 2006).

As adversidades são condições para a existência de fatores de risco, que por sua vez, apresentam uma ligação causal com desfechos negativos na vida. Um exemplo é uma pessoa que ao sofrer violência física no trabalho (adversidade), ter como consequência estresse pós-traumático, depressão ou problemas de saúde em geral. Se, no entanto, essa mesma pessoa não possuir condições adequadas para um tratamento, ela se encontrará em situação de risco.

Existem situações inevitáveis no trabalho de psicologia clínica que são impactantes para o terapeuta, tais como divergências nos valores morais e éticos do cliente, religiosidade do cliente diferente da religiosidade do terapeuta, ou erros do terapeuta na interpretação ou manejo da sessão, e até mesmo sentimentos como pena ou inveja da vida do cliente (Banaco, 1993). As dificuldades que surgem no trabalho de psicologia clínica exigem que o terapeuta tenha repertório técnico e condições pessoais

necessárias para saber lidar, por exemplo, com clientes que emitem comportamentos agressivos nas sessões, não colaborativos ou com problemas de saúde severos.

Exige-se, do terapeuta a habilidade no trato com suas emoções negativas, como medo, raiva ou pouca motivação proporcionada por situações estressantes vivenciadas em seu trabalho ou em sua vida pessoal. Banaco (1997) revela que, como terapeuta, seu sentimento mais freqüente quando não consegue obter resultados relevantes é medo de perder o cliente, e isso lhe remete a pensamentos de preocupação: “senti também medo de perder o cliente nas vezes em que percebi que extrapolei o meu papel de terapeuta e respondi pessoalmente a algum aspecto comentado por ele” (p. 169). Nesse sentido, o terapeuta não está imune sentimentalmente ou protegido do impacto trazido por fatores de risco ou adversidades, os quais interferem de forma significativa em seu exercício profissional e conseqüentemente na efetividade da terapia.

## **1. Fatores de risco da profissão**

Estudos sobre o trabalho de psicologia clínica indicam a influência de fatores de risco pertinentes, que interferem de forma significativa na eficácia do trabalho terapêutico, na saúde e no bem estar geral do terapeuta.

Um número alto de agentes estressores foi identificado por Sanzovo e Coelho (2007) no trabalho de algumas psicólogas clínicas. Os autores entrevistaram 15 psicólogas de diferentes abordagens e classificaram os resultados da pesquisa em categorias organizadas, denominado-as de “agentes estressores internos” e “agentes estressores externos”, são elas:

a) *Estressores internos*: preocupações das terapeutas com clientes específicos; preocupação com a organização e administração da clínica; preocupação excessiva com

os clientes; preocupação em ser reconhecida como profissional competente; problemas de relacionamento entre sócios e colegas de trabalho; impacto emocional, em casos muito graves; oscilações de humor da própria terapeuta durante um dia de trabalho; e ter que fazer intervenções clínicas efetivas em pacientes com risco de vida.

b) *Estressores externos*: excesso de horas de trabalho; instabilidade e dificuldades financeiras; falta de incentivos durante o expediente; dificuldades de familiares colaborarem com o tratamento do cliente/paciente quando necessário; pacientes/clientes que faltam sem avisar previamente; desistência do cliente/paciente; clientes/pacientes e familiares que exigem tempo fora da sessão; mercado de trabalho competitivo; perceber que não está em condições de trabalhar e não tirar férias; problemas no horário com os pacientes/clientes; atraso de pacientes/clientes; dificuldade de acesso a médicos para trabalho em conjunto; pacientes/clientes invasivos; barulho da rua; atividades que demandam muito tempo; pacientes/clientes que confundem o trabalho do psicólogo com outros profissionais e falta de outros colegas no mesmo ambiente de trabalho.

Em outro estudo Oliveira (2006) acompanhou quatro terapeutas do sexo feminino. Foram aplicadas cinco entrevistas com cada uma das quatro terapeutas no decorrer de um ano, sendo duas terapeutas comportamentais e duas terapeutas de orientação psicanalítica. A autora constatou que problemas na atuação de terapeutas existem em função de falta de consciência de aspectos importantes na relação terapeuta-cliente, como por exemplo: negligenciar uma análise funcional da própria relação terapêutica, deixar de interpretar para o cliente um comportamento-problema emergido na sessão, ou até mesmo comportamento de esquivar, por parte do terapeuta, da proposta de intervenção ou desistir do atendimento de um cliente. Este estudo aponta que as vivências aversivas, proporcionadas por clientes durante as sessões de psicoterapia, são

de grande impacto para os sentimentos do terapeuta, além de interferir em sua atuação profissional. Nesse sentido compreendemos a que a inobservância atenta da relação terapeuta-cliente por parte do terapeuta pode desencadear dificuldades em todo o processo terapêutico.

Semelhante às pesquisas anteriormente mencionadas Wielewiski, Silveira e Costa (2007) entrevistaram cinco terapeutas comportamentais do sexo feminino. Os pesquisadores identificaram algumas situações que foram tidas como difíceis para as terapeutas e, do mesmo modo, a maneira que essas profissionais lidavam com as dificuldades surgidas, a saber: quando a situação problema se relaciona com a aproximação indevida do cliente, as terapeutas tenderam a distanciar-se encaminhando o caso ou estabelecendo certo grau de formalidade; mediante agressão verbal do cliente as terapeutas, após um *feedback*, ignoravam a agressão; havendo ameaça à vida do cliente ou de terceiros, as terapeutas comunicavam o fato à família do cliente; quando o relato do cliente produziu choro na terapeuta, os procedimentos baseavam-se no critério de quanto a auto-exposição da terapeuta seria de ajuda para o cliente; diante da impossibilidade de intervir em um período muito curto, as terapeutas tenderam a apoiar o cliente, acompanhando-o em momentos difíceis; e quando o problema consistiu na incapacidade do cliente de cuidar de si mesmo, o procedimento tomado foi envolver familiares no tratamento.

Pesquisas relacionadas sobre os terapeutas sofrem durante os atendimentos, em virtude de comportamentos inadequados e características de clientes, são também realizadas com populações específicas e indicam ainda mais fatores de risco. Souza (2006) supervisionou e acompanhou o trabalho de quatro terapeutas do sexo feminino que faziam atendimento clínico a pacientes diagnosticados com Transtorno de

Personalidade *Borderline*. Três terapeutas relataram sentimento de ódio ou raiva quando, por exemplo, o cliente era “explosivo”, sarcástico, ou se punha numa posição de vítima. Duas dessas terapeutas relataram sentirem aversão e/ou desânimo em dar continuidade ao trabalho de atendimento a esses pacientes. Segundo a autora, os sentimentos aversivos vivenciados pelas terapeutas, em função das exigências impostas por clientes *borderlines*, são também influenciados por suas próprias histórias de vida, por vezes, também marcadas por episódios aversivos, semelhantes aos vivenciados por seus clientes.

Determinados comportamentos inadequados de clientes durante as sessões são uma ameaça para os terapeutas e podem atrapalhar a direção e os resultados do trabalho terapêutico. De acordo com Hartl e cols. (2007) quando os clientes demonstram comportamentos sexuais inadequados, o terapeuta pode vir a fazer suposições equivocadas sobre as causas das atitudes do cliente, fazer julgamentos clínicos influenciados pelo contexto imediato ou ainda julgar de acordo com sua experiência profissional e por sua história de vida pessoal.

Em nível mais geral Schröder e Davis (2004) classificam as dificuldades que terapeutas enfrentam nos atendimentos clínicos do seguinte modo: a) dificuldades momentâneas, que estão na falta de conhecimento do terapeuta em relação a um determinado problema que ocorre em um dado momento; b) dificuldades paradigmáticas, que estão relacionadas a características particulares do terapeuta; e c) dificuldades da situação, definida como situações que podem acontecer com qualquer terapeuta independentemente de suas características pessoais ou nível de conhecimento. Para estes autores uma dificuldade vivenciada na sessão pode incluir componentes de duas ou três situações diferentes.

## 2. O impacto dos riscos sobre o terapeuta

As interferências de fatores de risco no trabalho clínico, vivenciadas por terapeutas, podem ir além de problemas e obstáculos no alcance de objetivos positivos. A saúde e o bem estar desses profissionais também podem ser comprometidos. O contato intenso com o sofrimento dos clientes pode levar o psicólogo clínico ao esgotamento físico e emocional ou Síndrome de *Burnout* (Abreu & cols. 2001; Wicks, 2008). Alguns sintomas de *Burnout* mais comuns em terapeutas são exemplificados por Wicks (2008) e apresentados sob forma de fragmentos de relatos, a seguir:

- Cinismo: “Eu pouco vejo isto como um trabalho. Ser um terapeuta não é o que parece. Nada vai mudar. Pessoas também me perguntam questões corriqueiras e me enchem com coisas estúpidas”.
- Vício no trabalho: “Eu preciso checar meu e-mail e telefone constantemente até mesmo quando eu não trabalho durante a semana”.
- Isolamento: “Eu realmente não me sinto parte de coisas unidas. Os outros membros são agradáveis, mas eu sinto que sou diferente e isolado em relação a eles. Eu nunca discuto meu trabalho e minha vida profissional com qualquer pessoa”.
- Tédio: “Eu estou cansado de fazer as mesmas coisas todos os dias. Se eu não tivesse investido tanto nesse campo, eu já estaria fora”.
- Desânimo: “Eu já não sinto a mesma paixão pelo trabalho com eu sentia no passado. Já estou cansado antes de começar”.

- Conflito: “Tudo parece seguir minha irritação agora. Eu luto com os pacientes, sou irritável com outras pessoas. Eu também me ressinto em ter que lidar com as famílias dos pacientes”.
- Arrogância: “Eu não quero negociar com colegas de trabalho incompetentes. Eu quero que meus pacientes sigam o que eu lhes digo que façam. Uma pessoa teve coragem até mesmo para me pedir uma indicação a outro terapeuta quando eu dei meu diagnóstico e o plano de tratamento”.
- Desamparo: “Eu não sou segura, eu realmente não posso fazer qualquer coisa para mudar minha situação. Meu sono está frequentemente transtornado, eu não tenho tempo para minha família e amigos, eu sei que eu bebo muito café pela manhã e muito vinho pela noite”.

Para Rupert e David (2005) os fatores de risco para o desenvolvimento Síndrome de *Burnout* em psicólogos clínicos compreendem circunstâncias como: falta de controle em relação às atividades do trabalho clínico, trabalhar por horas seguidas sem descanso necessário, gastar tempo excessivo com papeladas administrativas; receber poucos pagamentos dos atendimentos clínicos e ter que lidar com comportamentos inadequados de clientes. Guy (1987) menciona que as consequências do esgotamento emocional do terapeuta podem também se manifestar sob a forma de problemas sérios de saúde, que vão desde enfermidade mental, possível tentativa suicídio, abuso de substâncias ou até condutas sexuais inadequadas.

As longas horas em que esses profissionais permanecem em seus consultórios e as suas rotinas diárias de trabalho podem interferir na vida pessoal do terapeuta, em razão disso alguns problemas podem surgir, como: afastamento do convívio de amigos, distanciamento de notícias do mundo e de familiares, tédio, fadiga física, que por sua

vez, podem gerar uma profunda sensação de isolamento físico e distanciamento da vida cotidiana (Guy, 1987; Norcross & Guy Jr. 2007).

Miller (2004) ressalta que os terapeutas que atendem pacientes traumatizados podem perder a perspectiva e se identificar exageradamente com esses pacientes. Esses terapeutas também podem ficar excessivamente rígidos e inflexíveis em relação a seus pensamentos, empregar a negação das dificuldades como estratégia protetora e ainda não terem consciência do impacto negativo dos atendimentos sobre seus sentimentos.

Miller (2004) menciona ainda mais conseqüências negativas para os terapeutas que atendem vítimas de traumas, que são: esgotamento, aumento do consumo de álcool, dores de cabeça, problemas intestinais, perturbação do sono com pesadelos, experiência de maior sensibilidade à violência e passar a cobrar mais (aumento da cobrança, no aspecto emocional, de seus familiares) emocionalmente de seus familiares e amigos. Os terapeutas que trabalham para aliviar o sofrimento emocional de pacientes traumatizados podem ficar sujeitos a vivências de traumatização vicária, sendo que alguns desses profissionais podem precisar de ajuda particular, como aconselhamento, supervisão profissional ou de atendimento psicoterápico (Dunkley & Whelan, 2006).

Por outro lado, fatores de risco, que interferem no trabalho de atendimento psicológico, podem ter origem natural na vida diária do terapeuta, como tensões em relacionamentos interpessoais, dificuldades na criação dos filhos, morte de pessoas da família ou amigos, discórdia conjugal ou divórcio, contratemplos inesperados, calamidades da vida e problemas de saúde (Yalom, 2006).

De acordo com uma pesquisa realizada por Rupert, Stevanovic e Hunley (2009) com 497 profissionais em psicologia, o conflito entre trabalho e família pode esclarecer algo da Síndrome de *Burnout* no trabalho. Os autores apontam que questionamentos

podem ser feitos sobre quais os fatores no trabalho que podem aumentar os conflitos dentro da família e conduzir o psicólogo a um esgotamento emocional.

Os fatores de risco, no contexto de trabalho e vida do terapeuta são referidos pelos estudos e pesquisas dos autores anteriormente citados como: agentes estressores internos ou externos ao trabalho de atendimento clínico que provocam preocupações e dificuldades para as terapeutas (Sanzovo & Coelho, 2007), problemas emergidos nas sessões por falta de observação acurada da experiência aversiva na relação terapeuta-cliente (Oliveira, 2006), vivências de dificuldades e exigências profissionais, mesmo com esforço para reagir e lidar com os problemas que surgem (Wielewiski, Silveira & Costa, 2007), sofrimento por causa do impacto emocional proporcionado pelos comportamentos de clientes com transtorno de personalidade *borderline* (Souza, 2006), e até dificuldades trazidas por pacientes que apresentam comportamentos sexuais inadequados durante as sessões terapêuticas (Hartl & cols, 2007). Os fatores de risco, nesse sentido, atuam com capacidade suficiente para interferir negativamente nos resultados de um trabalho clínico.

Como consequência da ação dos fatores de risco, o psicólogo clínico pode vir a ter a sua saúde e o seu bem estar seriamente comprometidos, quando, por exemplo, trabalha com atendimentos de pacientes traumatizados (Miller, 2004). Terapeutas podem sofrer por estresse agudo e sintomas relacionados à Síndrome de *Burnout* (Abreu & cols., 2001; Rupert & David, 2005; Wicks, 2008). Ter a saúde física e psicológica gravemente comprometida (Guy, 1987; Dunkley & Whelan, 2006; Miller, 2004), passar a vivenciar problemas interpessoais e/ou isolamento do convívio com outras pessoas (Norcross & Guy Jr. 2007), além de sofrer por causa das tensões e problemas na vida cotidiana (Yalom, 2006) e na vida familiar (Rupert, Stevanovic & Hunley, 2009).

Importante mencionar, portanto, que os psicólogos clínicos não são inatingíveis e invulneráveis aos fatores de risco que cercam seu trabalho. A vivência de sofrimento e dificuldades desses profissionais, durante os atendimentos ou na vida pessoal, é algo inerente ao trabalho de psicologia clínica, segundo os autores acima mencionados. Acreditar que os terapeutas não passam por dificuldades em seus trabalhos é uma noção errônea sobre essa área profissional (Pope, Sonne & Greene, 2006).

## **CAPÍTULO II**

### **Risco e resiliência**

A vivência de sofrimentos em função da ação de fatores de risco é algo inerente à vida dos seres humanos. Todos, em determinados momentos, seja na vida pessoal e/ou no trabalho, passam por crises e se deparam com desafios, em razão dos mais diversos e variados motivos. Alguns exemplos de situações mais comuns são: dor física e/ou emocional, dificuldades em realizar um trabalho, perda de emprego ou problemas no exercício profissional, violência urbana, sérios problemas de saúde, morte de um familiar ou pessoa querida, entre outras situações.

Algumas pessoas, porém, mesmo sofrendo o impacto trazido pelos fatores de risco presentes em suas vidas, recuperam seu estado anterior de saúde e bem estar ou até mesmo sobressaem ainda mais fortalecidos, criando condições de adaptação e aprendizagem. Alguns questionamentos são apresentados por Pinheiro (2004) com finalidade de compreender tais fenômenos: Quais seriam os fatores que possibilitam uma pessoa a superar infortúnios de forma que estes não interfiram em seu desenvolvimento emocional no futuro? Por que algumas pessoas são mais vulneráveis que outras diante de determinados fatores de risco?

Na intenção de refletir e investigar os problemas e situações de dificuldades vivenciadas pelas pessoas o termo “resiliência” vem sendo utilizado por alguns estudiosos e pesquisadores. Trabalhos científicos são realizados na busca de compreender as razões pelas quais algumas pessoas, no trabalho ou na vida cotidiana,

ao passarem por momentos críticos e sofrimentos intensos, conseguem sobressair e viver ainda mais fortalecidos.

## **1. Origens do termo “resiliência”**

A palavra “resiliência” é referida em línguas estrangeiras como: *resilientia* (latim), *resilienza* (italiano), *resilience* (francês) *resilience* ou *resiliency* (inglês) derivada do verbo latino *resilio* (re + salio) de acordo com os seguintes significados: “saltar para trás”, “voltar saltando”, “retirar-se sobre si mesmo”, “encolher”, “reduzir-se”, “recuar”, “desdizer-se” (Tavares, 2001).

A expressão “resiliência” como conceito para uma área de conhecimento científico foi utilizada pioneiramente por um físico inglês do século XIX. Thomas Young (1855) pesquisou propriedades de tensão e compressão de barras de metal. De acordo com esse pesquisador a resiliência de uma viga diz respeito, a quanto, a mesma pode se curvar, sem quebrar, quando pressionada ou atingida por um objeto qualquer. Esse pesquisador utilizou fórmulas matemáticas para calcular a resiliência de barras metálicas a partir da proporção da espessura, largura e comprimento das mesmas.

Numa visão objetiva e ligada a definições matemáticas e físicas, resiliência significa que um material submetido às forças de distensão, de pressão e de choque, até seu limite máximo de flexibilidade, retorna ao seu estado original ou inicial, quando estas forças de distensão param de atuar (Tavares, 2001; Grunspun, 2006). Na Física, o módulo ou nível de resiliência de um determinado material pode ser obtido em laboratório, através de medidas sucessivas, ou através da utilização de fórmulas

matemáticas que relacionam tensão e deformação para indicar, com precisão, a capacidade de resiliência de um determinado material (Yunes, 2003/2006).

Yunes e Szymanski (2001) advertem que não há como fazer uma comparação direta entre a resiliência de materiais e a noção de resiliência como um processo psicológico. Para essas autoras algumas referências e apontamentos conceituais sobre as definições podem ser feitas, sem esquecer as diferenças das duas áreas de conhecimento. Nesse sentido as comparações entre algumas terminologias sobre resiliência utilizadas pela Física, que foram posteriormente adaptadas pela Psicologia, são: “tensão/pressão” e “deformação não permanentedo material” na Física correspondem na Psicologia à: “situação de risco/estresse/experiências adversas” e “adaptação/ajustamento” no indivíduo, mesmo que haja ainda dificuldades em esclarecer termos como risco, adversidade, adaptação e ajustamento.

Polleto e Koller (2006) fazem outra advertência enfatizando que em Psicologia o conceito de resiliência como noção para indicar que uma pessoa, mediante os fatores de risco “volta ao seu estado original”, está superada. Em razão de que um indivíduo resiliente, não pode voltar à sua forma anterior, haja vista que o ser humano aprende, cresce, desenvolve e amadurece ao passar por adversidades e sofrimentos.

A noção de resiliência, como algo que retorna ao seu estado original após sofrer tensão por impacto, é útil para Físicos e Engenheiros quando os mesmos necessitam se referir às propriedades elásticas e de resistência de matérias, fala-se em então em “resiliência de materiais”. A noção de resiliência para pesquisadores e estudiosos da Psicologia e Ciências Sociais ajuda na busca de compreensão de outro objeto de estudo mais complexo: o ser humano. A resiliência como termo utilizado nas Ciências Humanas faz sentido, portanto, na investigação do que proporciona a uma pessoa a não

sucumbir perante contato com fatores de risco. Fala-se, então, nesse segundo caso em “resiliência humana”.

## **2. Pesquisas sobre resiliência humana**

Desde meados da década de 1970, o fenômeno da resiliência humana começou a ser estudado por áreas específicas de conhecimento como a Psicologia e a Psiquiatria. A resiliência humana foi primeiramente designada como a capacidade que um ser humano tem de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental estabelecer-se ao longo da vida mesmo após um contato com fatores de riscos (Assis, Pesce & Avanci, 2006).

Pesquisas e estudos sobre resiliência têm abrangido neste início de século XXI áreas de conhecimento pertinentes às Ciências Humanas, como por exemplo: aspectos da vida de crianças e da criação e educação familiar de filhos (Grunspun, 2006; Furtado, 2009), sobre as fases de desenvolvimento no período da adolescência (Assis, Pesce & Avanci, 2006), adolescentes que fazem consumo e abuso de drogas (Moraes & Figlie, 2004), os fatores de resiliência de pessoas infectadas pelo HIV (Carvalho & cols, 2007), resiliência relacionada à área da Educação (Castro, 2001; Mellilo, 2005) sobre a vida da família (Walsh, 2005), o conceito de resiliência aplicado ao trabalho em empresas (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008) e sobre psicólogos clínicos (Wicks, 2008).

A pesquisa, considerada como um dos primeiros estudos, que despertou a curiosidade de outros pesquisadores para o fenômeno da resiliência humana foi

realizada por Werner e Smith (1982, 1992) e Werner (1993) citado por Walsh (2005); Yunes e Szymanski (2001); Melillo, Estamatti e Cuestas (2005) e Grunspun (2006). Trata-se de uma pesquisa longitudinal que acompanhou durante 40 anos as vidas de 700 crianças criadas em condições de dificuldades na Ilha de *Kauai* no Haváí.

Os pesquisadores, segundo os autores referidos no parágrafo acima, constataram que a maior parte das crianças da Ilha de *Kauai* vivia em condições acentuadas de pobreza, e um terço delas (210 crianças) foram classificadas como “em risco”, porque antes dos dois anos de idade tiveram contato com quatro fatores de risco adicionais como: problemas de saúde, alcoolismo, violência, divórcio e doença mental na família. Aos 18 anos de idade cerca de dois terços dessas crianças passaram por problemas de gravidez precoce, necessidade de serviços de saúde mental, problemas na escola ou com a lei. Porém, devido a relacionamentos familiares de apoio, um terço daquelas crianças em risco tornou-se jovens adultos competentes, protetores e confiantes. Em um acompanhamento posterior, aos 40 anos de idade, todos, exceto dois, viviam vidas bem sucedidas, poucos estavam divorciados, desempregados ou ficaram traumatizados em detrimento de uma catástrofe que aconteceu posteriormente: o furacão *Iniki* que destruiu a Ilha em 1992.

Essa pesquisa com crianças da Ilha de Kauia oferece evidências de uma visão interacional complexa sobre o fenômeno da resiliência humana, pois os pesquisadores concluíram que uma variedade de relacionamentos de apoio é fundamental para qualquer idade. A maioria daquelas crianças, ao longo da vida, conseguiu superar ou lidar melhor com as adversidades devido, sobretudo, ao vínculo inicial com pelo menos um adulto que lhe proporcionava cuidados (Walsh, 2005).

Rutter (1987) também realizou estudos importantes que contribuíram com o desenvolvimento do conceito de resiliência, identificando fatores protetores relacionados a transtornos psiquiátricos em crianças das faixas socioeconômicas mais baixas na Inglaterra. Esse autor conceitua resiliência como variações individuais de uma pessoa, amparada por fatores de proteção, em resposta aos efeitos deletérios dos fatores de risco.

Em uma pesquisa realizada no Brasil, Assis, Pesce e Avanci (2006) entrevistaram 1.923 alunos da 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 1º e 2º anos do ensino médio de 38 escolas públicas e particulares da cidade de São Gonçalo no Estado do Rio de Janeiro. Os dados da pesquisas indicam que os mecanismos de resiliência existentes em estudantes entre 11 e 19 anos de idade, estão relacionados à dimensão socioeconômica e familiar, aspectos do relacionamento familiar, saúde de membros da família, vida escolar, relacionamentos com amigos e namorados, vida em comunidade e estratégias e habilidades de resolução de problemas.

Outra pesquisa, também realizada no Brasil, foi feita por Garcia e Yunes (2006) que entrevistaram membros de famílias mono-parentais em situação de pobreza. Estas autoras organizaram e codificaram categorias e subcategorias a partir dos próprios dados coletados, de acordo com a proposta da *grounded-theory*. Os fatores de risco foram categorizados como: alcoolismo, violência doméstica, perdas materiais e infidelidade (relacionados às relações conflituosas causadas pela presença masculina da figura do marido/pai) e a situação de monoparentalidade (morte ou ausência do marido/pai) proporciona a melhoria na qualidade de vida das famílias. Outros fatores, como moradia e alimentação inadequada, emprego e renda instável, a vivência de perdas afetivas e a falta de apoio social também foram apresentados. Os pontos de

equilíbrio para convívio familiar foram categorizados como: senso de união familiar, apoio afetivo e financeiro da família, valorização do estudo e do trabalho por todos os membros das famílias, forte crença na perspectiva de melhoria das condições de vida futura, e consciência política dos direitos como cidadãos.

A partir das três pesquisas, acima mencionadas, é apropriado dizer que em contraponto aos fatores de risco que ameaçam o bem estar e o desenvolvimento saudável de uma pessoa, existe o que freqüentemente se denomina de “fatores de proteção”. Segundo Sapienza e Pedromônico (2005) os fatores de proteção integram os recursos individuais e do ambiente de uma pessoa, como por exemplo, a religião, a rede de apoio social, trabalho, etc. De acordo com Pesce e cols. (2005) os fatores de proteção formam um anteparo para o indivíduo contra as influências danosas dos fatores de risco originados por eventos estressores do ambiente.

Na pesquisa longitudinal com crianças da Ilha de Kauai, na pesquisa de Assis, Pesce e Avanci (2006) e na de Garcia e Yunes (2006) os fatores de risco são referidos como: sérios problemas familiares, moradia e alimentação precária, falta de emprego e renda instável, perdas afetivas e a falta de apoio social. Como fatores de proteção, os pesquisadores fazem menção a relacionamentos de apoio familiar, saúde, educação, vida em comunidade, perspectiva de melhoria das condições de vida e conhecimento sobre direito de cidadania. Os fatores de risco, como os fatores de proteção, são relacionados, às características do contexto de vida dessas pessoas.

Segundo Souza e Cerveny (2006) o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre resiliência humana acompanha o desenvolvimento humano, uma vez que começa abordando a vida da criança, depois do adolescente e do adulto e por último do idoso. E de maneira semelhante, a evolução do conceito teve como ponto de partida

características individuais e de personalidade, chegando às famílias e suas complexidades e finalmente às redes sociais mais amplas.

### **3. Em busca de uma definição de resiliência humana**

Os estudos que objetivaram a busca de desenvolvimento conceitual sobre a resiliência humana foi entendida inicialmente como sinônimo de invulnerabilidade, como a capacidade particular de adaptação bem-sucedida mediante um contexto “desajustado”, ou como qualidades elásticas e flexíveis do ser humano (Assis, Pesce & Avanci, 2006). Cada definição sobre resiliência humana aborda o conceito acima mencionado, dando ênfase a diferentes aspectos, tais como, os traços de personalidade, desenvolvimento saudável, manifestação de competências, adaptação, competência demonstrada na vida adulta e condições de resistência e equilíbrio mediante os fatores protetores e de risco (Souza & Cervený, 2006). A seguir mencionamos alguns autores que buscam conceituar a resiliência humana de acordo com sua visão teórica.

Flach (1991) conceitua resiliência a partir da sua experiência clínica como psiquiatra. Para esse autor uma pessoa para ser considerada como resiliente deve apresentar características de personalidade e atributos pessoais, como: capacidade de suportar a dor, percepção de si mesmo e das coisas ao seu redor, independências de espírito, auto-respeito, habilidade de recuperar a auto-estima, capacidade de aprender, habilidade para fazer e manter amigos, liberdade na dependência de outras pessoas, filosofia e significado pessoal de vida.

Para Grunspun (2006) resiliência é a capacidade humana de se recuperar e se superar, ou ser imune psicologicamente quando se é submetido à violência de outros seres humanos ou a estresses naturais. Para o citado autor, resiliente é o indivíduo que, submetido a traumas, estressores e/ou catástrofes, se recupera psicologicamente e não se torna uma vítima, possui imunidade e proteção psicológica e não desenvolve transtornos psiquiátricos ou mentais previsíveis.

Melillo, Estamatti e Cuestas (2005) fizeram uma síntese das diferentes definições do conceito de resiliência e enfatizaram algumas características do sujeito resiliente, das quais são: habilidade, adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento afetivo, capacidade, resistência à destruição, condutas vitais positivas, temperamento especial e habilidades cognitivas, todas desenvolvidas durante situações de adversidades, de estresse, etc.

Para a *American Psychological Association* (2009) a resiliência humana é tida como processo de adaptação mediante traumas, tragédias, ameaças, ou até mesmo fontes expressivas de tensão, como situações de dificuldades de relacionamento na família, problemas graves de saúde, problemas no ambiente de trabalho ou carências financeiras. As respostas de muitos norte-americanos ao atentado terrorista de 11 de setembro e seus esforços para reconstruírem suas vidas é tido como um exemplo de resiliência.

Walsh (2005) considera resiliência como um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento do ser humano, que o capacita a renascer das adversidades, fortalecido e com mais recursos, mediante a crise e o desafio, resultantes da interação do contexto e da educação estimulada por relacionamentos de apoio.

De acordo com Masten (2001) resiliência é vista como um fenômeno que emerge de processos comuns do dia-a-dia de uma pessoa, resultante, em muitos casos, de operações básicas de sistemas de adaptação humana como por exemplo: relacionamento caloroso com os pais, influência positiva de mentores, ambiente escolar positivo, inteligências dos pais, etc. Para esta autora se esses sistemas estiverem protegidos e trabalhando em ordem, o desenvolvimento da pessoa tenderá a ser robusto, até mesmo em face de adversidades severas. Por outro lado, se esses sistemas forem anteriormente ou conseqüentemente prejudicados pelas adversidades, então o risco para desenvolver problemas é muito grande, particularmente se os perigos ambientais forem prolongados.

Ainda segundo Rutter (1987) existem quatro fatores que resguardam as pessoas das ações de riscos psicológicos e adversidades, são eles: fatores que diminuem o impacto ao risco; os que diminuem a possibilidade de uma reação em cadeia; os que promovem o estabelecimento e a conservação da auto-estima e auto-eficácia por meio de relacionamentos seguros; fatores que ajudam no sucesso em realização de tarefas; e por aqueles fatores que possibilitam novas oportunidades, no sentido de crescimento pessoal.

Grotberg (2005) ressalta que a resiliência requer a interação de alguns fatores, como: “eu tenho” (apoio); “eu sou” e “eu estou” (desenvolvimento psicológico); “eu posso” (aprendizagem de habilidades interpessoais e resolução de conflitos). Esses fatores são organizados pela autora em um quadro, da seguinte forma:

Eu tenho:

- Pessoas próximas em quem confio que me querem incondicionalmente;
- Pessoas que me dão noção de limites para que eu aprenda a evitar situações perigosas e problemáticas;
- Pessoas que me oferecem modelo de como agir e proceder corretamente;
- Pessoas que querem que eu aprenda a me desenvolver sozinho;
- Pessoas que me ajudam quando estou adoecido, ou em perigo, ou quando preciso aprender.

Eu sou:

- Uma pessoa da qual os outros gostam e sentem carinho;
- Feliz quando faço algo de positivo para os outros e lhes demonstro afeto;
- Respeitoso comigo mesmo e com os outros.

Eu estou:

- Disposto a assumir responsabilidade por meus atos.
- Confiante de que tudo estará bem.

Eu posso:

- Falar sobre algo que me assusto ou me deixa inquieto.
- Procurar maneiras para resolver problemas.
- Ter controle quando tenho vontade de fazer alguma coisa errada ou perigosa.
- Procurar o momento adequado para falar com alguém.
- Encontrar uma pessoa que me ajude quando houver necessidade.

Grotberg (2005) enfatiza ainda que as situações de adversidades não são estáticas e conseqüentemente requerem mudanças. Um exemplo pode ser dado quando um desastre natural, como um furacão, provoca variadas condições de adversidade que exigem uma série de condutas adaptativas que vão se modificando a medida que as condições vão mudando. Desse modo uma conduta resiliente exige se preparar, viver e aprender com as experiências de adversidade.

Sobre a resiliência humana os autores Flach, (2001); Grunspun (2006) dão ênfase a atributos e características individuais da pessoa, atribuindo a resiliência à pessoa, e utilizam termos como “indivíduo resiliente”, “sujeito resiliente”, ou pessoa que apresenta “imunidade psicológica”. Esses primeiros autores citados não se referem ao contexto de interação que, para outros estudiosos, pode estar relacionado à resiliência humana, como, por exemplo, a prevalência efetiva dos fatores de proteção em comparação aos fatores de risco.

Similarmente, Melillo, Estamatti e Cuestas (2005) apresentam uma visão relativamente individualista. Entretanto, descrevem a aquisição da resiliência como processo interativo. Para estes autores uma pessoa para ser considerada resiliente, ou desenvolver a resiliência, tem que, necessariamente, apresentar alguns atributos positivos frente a determinadas ocorrências negativas em seu contexto de vida. A avaliação da resiliência dependerá de quão bem foi o indivíduo mediante situações adversas.

A APA (2009) desenvolve o aspecto relacional com mais ênfase em sua definição de resiliência humana. Emprega o termo “adaptação” de uma pessoa mediante situações vivenciadas, como “tragédias” e “catástrofes”. Adaptação que pode ser construída e desenvolvida ao longo da vida do indivíduo. De forma semelhante Walsh

(2005) entende à resiliência como um processo de crescimento frente a situações de adversidade. O processo de crescimento depende, portanto, das condições positivas proporcionadas pelo contexto de vida. Vista também como um processo, para Masten (2001) a resiliência humana é referida não como algo extraordinário, presente somente na vida de poucas pessoas, mas como algo comum da vida cotidiana de todas as pessoas. Segundo Grotberg (2005), resiliência depende da interação de alguns fatores de apoio social, possibilidade de bom desenvolvimento psicológico e aprendizagem de habilidades interpessoais.

Para Flach, (2001) e Grunspun (2006) a resiliência é tida como “inata” e relacionada a características e qualidades pessoais, não dando ênfase a interação do sujeito com seu contexto de vida. Os autores Masten (2001); Walsh (2005); estudiosos da APA (2009); Melillo, Estamatti e Cuestas (2005) e Grotberg (2005), referem-se à resiliência como um processo de crescimento que pode ser desenvolvido em uma pessoa de acordo com determinadas possibilidades ambientais relacionadas ao seu contexto de vida. Nesse sentido, a resiliência depende do contexto e não necessariamente da pessoa, sendo vista, sobretudo, como um processo ativo de interação do sujeito com o contexto. As definições destes autores assinalam o desenvolvimento do conceito, ao longo das três últimas décadas, de acordo com a ênfase de Souza e Cerveny (2006).

Mesmo que haja vários sentidos para o conceito de resiliência humana atualmente, Barlach (2005) adverte que há ainda um longo caminho para se chegar uma definição mais precisa. Para Assis, Pesce e Avanci (2006) a resiliência humana deve ser sempre relativizada e compreendida dentro de um conjunto amplo de fatores intrínsecos e extrínsecos ao ser humano. Nesse mesmo sentido, para Rutter (1987) resiliência

humana faz sentido quando se observa as respostas do indivíduo, resguardado por fatores de proteção, que fazem frente às ações dos fatores de risco.

A resiliência humana depende, portanto, da eficácia dos fatores de proteção como: vínculos sociais fortalecedores, relacionamentos interpessoais saudáveis, boas oportunidades educacionais, incentivo em agremiações esportivas e/ou artísticas, além de orientações para cuidados com a saúde. Os fatores de proteção devem fazer frente aos efeitos deletérios dos fatores de risco, para que uma pessoa possa ser considerada resiliente. Portanto, dentro um ponto de vista psicológico, uma pessoa é resiliente quando, mediante vivências de sofrimento proporcionadas pelos fatores de risco, consegue, com auxílio dos fatores de proteção, aprender com as dificuldades e sobressair mais fortalecida da situação.

A busca de uma definição de resiliência humana remete outros conceitos a ela associados, que vale a pena mencionar. Além das definições sobre fatores de risco e fatores de proteção, anteriormente citados, há também as estratégias de *coping* (Libório, Castro & Coelho, 2006), e enfoques teóricos diferentes, incluindo com destaque a Psicologia Positiva.

A Psicologia Positiva é uma posição teórica recente que tem como objetivo estudar e desenvolver aplicações terapêuticas relacionadas às virtudes, qualidades psicológicas e emoções positivas das pessoas, como amor, felicidade, capacidade de bons relacionamentos, etc. (Snyder & Lopez, 2009). É uma visão psicológica que propõe uma reavaliação das possibilidades e virtudes humanas através de estudos e pesquisas das condições e processos que contribuem para o desenvolvimento saudável de indivíduos, grupos e instituições. A vivência de emoções positivas pode ser fator importante para o fortalecimento da resiliência individual, além de ter capacidade de

funcionar como fator de proteção em situações de risco, pode promover resultados saudáveis (Paludo & Koller, 2006).

Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986) referem-se a estratégias de *Coping* como uma realização de esforços cognitivos e comportamentais de uma pessoa para manejar (reduzir, minimizar, dominar, ou tolerar) demandas internas e/ou externas na relação da mesma com o ambiente, quando essas demandas excedem seus limites pessoais. *Coping*, segundo esses autores, tem duas funções ou estratégias principais, que são: lidar diretamente com o problema que está causando a angústia (*coping* focado no problema) e *coping* como regulador de emoções (*coping* focado nas emoções). Desse modo, ter conhecimento de estratégias de *coping* é considerado como um fator de proteção se uma pessoa, por exemplo, demonstrar manejo adequado em relação ao impacto dos fatores de risco presentes em seu contexto de vida.

Indo mais além da sua posição conceitual, no que se refere à resiliência, a *American Psychological Association* - (2009) compreende esse processo também como algo que pode ser construído e desenvolvido na vida do ser humano e divulga, através de um caderno de acesso gratuito, algumas recomendações necessárias para realização dessa construção. Essas recomendações podem ser consideradas apontamentos importantes para a noção e desenvolvimento da resiliência humana como relacionada a estilo de vida. Os itens são:

- **Faça conexões:** Boas relações com familiares e amigos íntimos. Pessoas que são ativas em grupos cívicos, organizações baseadas na fé, ou outros grupos locais que provêm apoio social e podem ajudar a retomar a esperança.

- Evite ver as crises como problemas insuperáveis: Não se pode mudar o fato de que eventos altamente estressantes acontecem, mas pode-se mudar a maneira de interpretar e responder a estes eventos.
- Aceite que as mudanças fazem parte da vida: Determinadas metas podem não ser atingidas devido a situações adversas. Aceitar circunstâncias que não podem ser mudadas podem ajudar a focar circunstâncias as quais podem ser alteradas.
- Oriente suas metas: Desenvolva algumas metas realísticas. Faça algo regularmente - até mesmo uma realização pequena - isso o permite orientar-se em suas metas. Em vez de focalizar em tarefas que parecem inatingíveis, pergunte-se: "o que eu posso realizar hoje que me ajuda na direção que eu quero ir?"
- Realize ações decisivas: Aja em situações adversas tanto o quanto puder. Realize ações decisivas, em vez de se afastar completamente de problemas e tensões e desejar que eles desapareçam.
- Olhe para oportunidades de auto-conhecimento: As pessoas aprendem freqüentemente algo sobre elas mesmas e podem crescer em relação ao resultado de suas lutas e perdas. Muitas pessoas que experimentaram tragédias e sofrimento confirmaram relações melhores, senso de força pessoal mesmo enquanto se sentiam vulneráveis, desenvolveram auto-valorização, espiritualidade e avaliação da vida.
- Crie uma visão positiva de si mesmo: Confiar no desenvolvimento de suas habilidades para resolver problemas e confiar em ajudas constrói resiliência.
- Mantenha perspectivas: Até mesmo ao enfrentar eventos muito dolorosos, tente considerar a situação estressante em um contexto mais amplo e mantenha uma perspectiva por longo prazo.
- Mantenha uma perspectiva de esperança: Uma perspectiva otimista o permite esperar que coisas boas aconteçam em sua vida.

- Cuide de si mesmo: Preste atenção em suas próprias necessidades e sentimentos. Se ocupe com atividades que goste e ache relaxante. Exercite-se regularmente. Cuidados pessoais ajudam a manter sua mente e corpo preparado para lidar com situações que requerem resiliência.
- Modos adicionais de fortalecer resiliência podem ser úteis: Por exemplo, algumas pessoas escrevem sobre seus pensamentos e sentimentos mais profundos relacionados a trauma ou outros eventos estressantes de suas vidas. Meditação e práticas espirituais ajudam pessoas a construir conexões e restabelecer a esperança.

Os tópicos apresentados nas páginas subseqüentes sobre os fatores de risco profissionais do psicólogo clínico, e as concepções dos estudiosos e pesquisadores sobre a resiliência humana, proporcionam questionamentos que orientam a pesquisa descrita na revisão da literatura: Quais podem ser os recursos ou fatores de proteção de terapeutas frente a fatores de risco inerentes ao seu campo de atuação profissional?

## **CAPÍTULO III**

### **O terapeuta resiliente**

Com o conceito de fatores de risco e vivências de sofrimentos no trabalho clínico, o presente estudo entende que estes fatores são comuns e inerentes à profissão de terapeuta. Tais situações difíceis podem ser fontes de crescimento e mudanças profissionais. Reações punitivas por parte do cliente durante os atendimentos são exemplos de fatores de risco e podem ser destrutivos para a qualidade do trabalho clínico. Tais reações podem, por outro lado, proporcionar motivos para a busca de crescimento pessoal e profissional para o terapeuta (Oliveira, 2006).

Para a terapeuta Laura Brown é impossível que um profissional não aprenda com a experiência clínica se ele estiver verdadeiramente presente para seus clientes. Para essa terapeuta o psicólogo clínico deve ser completamente humano para com seu trabalho, e se tiver abertura às experiências que os clientes proporcionam, então não haverá outra escolha, a não ser crescer (Kottler & Carlson, 2005).

As experiências de aprendizagem e oportunidades de vivências positivas e também negativas da profissão de psicólogo clínico, se bem refletida e compreendida como transformação profissional e pessoal, podem vir a ser fonte de resiliência. O crescimento profissional segue um caminho natural, considerando que todo trabalho clínico pode ser uma vivência humana intensa, tanto para o terapeuta, quanto para o cliente. Exemplos de vivências profissionais e pessoais de terapeutas eminentes e determinados fatores de proteção são apresentados no tópico a seguir.

## **1. Resiliência do Psicólogo Clínico: vivências de terapeutas**

Kottler e Carlson (2005) entrevistaram 21 terapeutas estadunidenses de destaque na profissão, abordando vivências profissionais que lhes proporcionaram possibilidades de mudanças e crescimento pessoal e profissional. Alguns relatos foram mencionados de forma resumida com a finalidade de apontar, a título de exemplo, características resilientes presentes no trabalho desses profissionais, a seguir:

- O próprio Kottler teve depressão em um período de sua vida. Seu primeiro desafio profissional foi atender um jovem com depressão que estava internado em uma instituição do governo. Kottler percebeu, durante os atendimentos, semelhanças entre sua vida e a vida de seu paciente. Teve como fator de superação profissional, ao atender esse jovem, o amor ao seu trabalho e flexibilidade nas intervenções clínicas. Usou técnicas de Terapia Cognitiva que no início de sua carreira, havia rejeitado.
- Um cliente particularmente difícil teve um enorme impacto para John Murphy. Seu cliente era um jovem tido por professores e outros terapeutas como incapaz de ser um bom aluno na escola e agressivo com os colegas. Murphy buscou estabelecer um contato de acordo com os valores e preferências de seu cliente, como conversar sobre Basquete e não fazer repreensões. Foi a única maneira para conseguir aproximação com o jovem. Foi exatamente por isso que percebeu o que é “estar realmente com pessoas”, como descrito por Carl Rogers. Isto gerou um crescimento

significativo quando compreendeu que a intimidade e a interação entre as pessoas poderiam significar relações curativas.

- O Terapeuta Robert Neimeyer teve como desafio uma cliente que manifestava sintomas clássicos de Transtorno de Personalidade *Borderline* e que pouco reagia às intervenções terapêuticas. Obteve sucesso clínico com essa cliente ao adotar uma maneira mais metafórica e intuitiva de comunicação, segundo ele diferente da linearidade da terapia cognitiva. Essa experiência profissional o motivou a mudanças em sua postura como psicólogo clínico, deu início a estudos sobre pensamento construtivista e filosofia. Começou também a apreciar arte e a se envolver em novos estilos terapêuticos.
- John Gray atendeu um casal em crise e percebeu semelhanças entre o relacionamento desse casal e o relacionamento que tinha com sua própria esposa. Os atendimentos clínicos lhe proporcionaram reflexões sobre sua vida pessoal. Isso o motivou a mudar sua postura como marido, pois também estava vivendo uma crise em seu casamento. A experiência profissional de atender esse casal em crise o inspirou a redigir seu famoso livro "*Men are from Mars, Women are from Venus*".
- Outra experiência foi de Alan Marlatt ao atender uma cliente dependente de álcool e que não tinha sido adequadamente atendida pelo sistema de saúde. Marlatt passou a buscar um caminho espiritual com sua cliente como estratégia de prevenção de recaída. Depois do trabalho com essa paciente Marlatt ficou motivada em desenvolver um grande e profundo estudo investigativo dos efeitos do Budismo no trabalho de psicologia clínica.

Walsh (2005) menciona que Martin Seligman, o fundador da Psicologia Positiva, quando estava com 13 anos de idade, seu pai ficou paralisado devido a uma

série de AVCs (Acidente Vascular Cerebral) que o deixou desamparado física e emocionalmente. Foi fundamentalmente perturbador para Seligman que ficou deprimido, mas que depois, despertou nele uma vontade de fazer algo para vencer a passividade. Convenceu-se de que a diferença tinha a ver com uma obstinada determinação, persistência e senso de competitividade: “Não quero me deitar e esperar a morte”. Walsh (2005) observa que é interessante Seligman ter deslocado a atenção de suas pesquisas sobre “desamparo aprendido” para “otimismo aprendido” quando ele atingiu a mesma idade que seu pai tinha quando ficou paralisado.

Steven Hayes, terapeuta que deu origem a Terapia de Aceitação e Comprometimento, em entrevista concedida a uma revista brasileira de circulação popular no ano de 2006, revelou aspectos difíceis sobre sua história de vida pessoal e como fez para superar seus problemas. Hayes aprendeu a lidar com a síndrome do pânico e agorafobia aceitando sua condição e parando de lutar contra esse problema. De acordo com suas palavras:

Eu tive síndrome do pânico e agorafobia. Tinha medo de lugares e situações em que não poderia ser socorrido caso passasse mal. Cheguei a um ponto em que não podia entrar em um elevador, participar de reuniões ou mesmo falar ao telefone. Foi algo realmente doloroso, porque não podia seguir plenamente a vida que tinha escolhido. Dar aulas era um suplício. Meu primeiro ataque aconteceu logo depois de me divorciar e, por isso, não pude ser o pai que gostaria de ter sido para meu filho mais velho. Eu estava empenhado em uma guerra dentro da minha própria cabeça (...). Durante dois anos, eu não podia entrar em lugares pequenos nem muito abertos. Tudo o que eu fazia girava em torno da doença. Foi quando me dei

conta de que, se não reagisse, ela acabaria enterrando minha carreira. Aos poucos, comecei a aprender a aceitar a dor e a ver meu problema com certo distanciamento. Ter passado por essa experiência hoje me ajuda a compreender meus pacientes. Faz onze anos que não tenho uma crise. Quando a última ocorreu, aprendi a nunca dizer nunca. (Hayes, 2006, p.15).

Herbert J. Freudenberger, conhecido teórico, e participante ativo de organizações profissionais, contribuiu significativamente para o tratamento de abuso de substâncias, *burnout* e estresse (Canter & Freudenberger, 2001). Nasceu em uma família de judeus alemães, no ano de 1926 na cidade de Born, em Frankfurt, mudou-se para Nova York nos Estados Unidos por causa da perseguição nazista. Abraham Maslow foi seu mentor e sua principal força que o incentivou a estudar. Tornou-se um dos psicanalistas famosos da Park Avenue de New York. De 1974 a 1985 foi consultor da Arquidiocese da mesma cidade, desenvolveu e supervisionou programas de treinamento em abuso de drogas. Foi através do trabalho de Freudenberger no mundo das clínicas gratuitas e comunidades terapêuticas que ele chegou ao conceito clínico de Síndrome de *Burnout*. Alguns fatores de resiliência, no seu caso, eram sua criatividade, intelectualidade, fortaleza, integridade e consciência social que o permitiu a crescer, mesmo tendo uma vida potencialmente devastadora, e uma carreira distinta por seu desejo de ajudar a aliviar o sofrimento dos outros.

O psiquiatra Michael Rutter, um dos pesquisadores que iniciou estudos sobre resiliência, segundo Kolvin (1999), combinava muitas qualidades e ingredientes que contribuíram para sua formação profissional e sua característica como um indivíduo criativo, que são: incentivos da família; estimulação para crescimento intelectual nos

anos escolares, condições para desenvolvimento intelectual e científico como estudante de pós-graduação, além de uma característica pessoal de curiosidade insaciável e atração por desafios.

Alguns acontecimentos na história de vida de Benjamin (2001) são fontes de resiliência que influenciaram sua carreira como profissional. A própria autora relata que estudou música por muitos anos quando criança e adolescência e isso a ajudou a ser auto-disciplinada, persistente e paciente. A recompensa que teve em estudar música foi aprender a trabalhar duro por longo tempo em tarefas complexas. Um fato que aconteceu em sua vida foi que quando ela estava no oitavo ano, seus parentes lhe deram de presente um cavalo. O animal tinha sido maltratado severamente e era bastante agressivo: chutava, mordida e se livrava de qualquer um. Ela aprendeu a não ficar facilmente assustada e levar as coisas lentamente e com grande paciência. Essa experiência de vida lhe ajudou mais tarde em seu trabalho como terapeuta. Outra fonte de resiliência em sua vida vem da família, através da recordação dos ensinamentos positivos fornecidos por sua mãe e da interação com seus filhos e netos.

Goldfried (2001) ao se deparar com uma dúvida durante um atendimento clínico e iniciou um processo de mudança em sua postura como terapeuta. A situação ocorreu em meados da década de 70 quando ele estava demonstrando uma técnica de terapia para um grupo de estudantes de graduação atrás de um espelho. O ponto principal da demonstração era ilustrar para os estudantes como a terapia comportamental cognitiva podia ser usada para aumentar a assertividade de uma pessoa. Ele tinha cuidadosamente selecionado uma cliente para quem o treinamento em assertividade poderia ser direto, porém se deparou com um inesperado dilema durante a sessão: “O que eu deveria fazer quando meu melhor senso clínico me dissesse o que fazer, ou eu deveria responder da

maneira indicada na terapia cognitiva comportamental?” (p. 3). Ele sabia que aquela cliente realmente precisaria melhorar o contato com seus próprios sentimentos, e era isso que tinha que ser trabalhando naquele momento, além do mais a cliente precisava de uma avaliação de como ela não era assertiva com ele naquele momento. Isso fugia da prática da terapia cognitivo comportamental. Ele decidiu revelar seu dilema aos estudantes. Quando foi falar com eles sobre a sessão, confessou que não estava praticando da maneira que normalmente fazia, ou seja, a “pura” terapia cognitiva comportamental. Seus alunos foram muito encorajadores e asseguraram-lhe que eles tinham preferido assistir a condução daquela intervenção terapêutica do modo que entendesse ser mais efetivo.

Nesse sentido, Goldfried (2001) compreendeu que, na tentativa de resolução e manejo de problemas desse tipo, um dos fatores para lidar com dificuldades e realmente ajudar os clientes em suas necessidades clínicas é ser mais flexível em termos teóricos e práticos, é não tomar posturas rígidas do tipo “espero que ela [cliente] tenha o problema que eu trato...” (p. 10). De acordo com essa postura o terapeuta deve passar de uma posição “rígida” para uma postura mais eclética e flexível.

Por sua formação variada e postura eclética o terapeuta Fensterheim (2001) evoluiu da psicanálise para a terapia comportamental. Trabalhou em acampamentos da ONU com pessoas feridas em campos de concentração, com reabilitação física, com atendimento clínico e trabalho comunitário em um gueto na periferia de Manhattan, deu suporte psicológico ao time olímpico de esgrima dos Estados Unidos, fez pesquisa motivacional para anúncio de agências, ensinou nos níveis de pós-graduação e graduação em escolas de medicina, escreveu artigos profissionais e livros para o público em geral, fez aparecimentos em rádios e televisão, e por três anos teve seu próprio

programa de rádio. Tem envolvimento com terapia individual e de grupo, tem um interesse contínuo em hiper-ventilação crônica, e desenvolve, atualmente, um interesse em “movimento ocular de dessensibilização e reprocessamento” (EMDR), que é um procedimento de visualização para pessoas que passaram por trauma.

Outro terapeuta que discute seu repertório e formação variada é Wolfe (2001). Segundo ele mesmo, combinou a prática da terapia rogeriana com concepções psicanalíticas sobre psicopatologia. Concebeu sua terapia e sua prática em termos mais existenciais e humanísticos. Depois, somou técnicas comportamentais e se aproximou de concepções comportamentais. Mais tarde, constatou o potencial e limitações das aproximações de teorias cognitivas e cognitivo-comportamental e achou útil esta perspectiva. Permaneceu mais ativo como terapeuta, pois a significância do processo emocional para sentimentos dolorosos ficou claramente mais em foco. Todas essas perspectivas contribuíram para idéias e aproximadas práticas de intervenção.

Fodor (2001) conta que por quatro décadas de desafios profissionais, atendeu muitas pessoas que compartilharam suas vidas e lutas. Está convencida que um terapeuta não tem o monopólio da verdade sobre a experiência humana, e que a essência da terapia está no encontro pessoal entre o cliente e o terapeuta. Desde o início de seu trabalho como psicanalista, quando era a “amiga especial” de crianças abandonadas na dor, para seu atual trabalho com adultos que vão até ela buscando refúgio da solidão, da insensibilidade e do abuso que eles experimentam no mundo externo, ela pôde perceber que o encontro terapêutico é uma oportunidade para os clientes explorarem suas experiências, aprender sobre si mesmos, aprender a ter um lugar seguro junto a alguém que os atenda, que os conheça como outro ser humano e que luta para que sua vida tenha sentido.

A presença dos fatores de proteção, provenientes de aprendizados na vida ou por estilo profissional, ilustra algumas características de resiliência em psicólogos clínicos. O relato e as histórias de vida, exemplificados resumidamente nas linhas acima, proporciona a reflexão de que o terapeuta não atua como profissional guiado somente pelos seus conhecimentos teórico-práticos. Atendimentos clínicos de sucesso são também influenciados por aspectos resilientes de sua própria história de vida. Os aprendizados no decorrer da vida e a busca de mudança profissional podem ser considerados como fatores de proteção que fazem frente aos fatores de risco no trabalho.

## **2. Resiliência do Psicólogo Clínico: a literatura de autocuidados**

A resiliência do terapeuta envolve necessariamente cuidados pessoais indispensáveis para sua atuação clínica. Segundo Baker (2002) um dos componentes importantes para o exercício profissional do terapeuta é a “consciência”, que está relacionada à auto-observação de experiência física e psicológica e atenção aos níveis de necessidades e limitações, sem distorção ou evitação. Em relação à consciência como profissional, o terapeuta não só deve estar aberto para os sentimentos e vivências do paciente, mas deve também estar aberto para explorar e reconhecer seus próprios sentimentos e vivências (Katzow & Safran, 2007).

Uma forma específica de consciência, como concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento é denominada de *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990). De acordo com a explicação do autor a concentração no momento atual significa estar em

contato com o momento presente e não estar envolvido em lembranças ou em pensamentos em relação ao futuro. Essa concentração de forma intencional significa estar plenamente atento e se esforçar para alcançar este objetivo, vivenciando os sentimentos e pensamentos da forma que eles se apresentam. Nesse sentido eles não são categorizados como positivos ou negativos, pois o não julgamento significa que seus sentimentos, pensamentos e sensações são importantes e aceitos, como, por exemplo, raiva, medo, ou pensamentos como idéias imorais, ou sensações corporais.

Os terapeutas devem ter consciência plena ou exercer *mindfulness* durante os atendimentos clínicos, como caminho necessário para que a relação terapeuta-cliente seja transformadora em termos terapêuticos (Vandenberghe & Souza, 2006). Wicks (2008) vai mais além do trabalho clínico e apresenta uma lista com várias recomendações, exclusivas para terapeutas, sugerindo algumas maneiras de se praticar *mindfulness* como estilo de vida e para se tornar um profissional mais resiliente. Algumas das maneiras são:

- Quando você acordar pela manhã, faça algumas respirações lentas, atentas antes de sair da cama.
- Tome o café da manhã sem ler o jornal ou assistir a televisão. Se possível se alimente silenciosamente, respire, e traga a sua consciência à comida que está a sua frente.
- Leve alguns minutos, ou em sua casa ou em seu trabalho, para notar algo agradável que ocorreu no período da manhã.
- Várias vezes durante o dia preste atenção em sua respiração e concentrar-se em você mesmo.

- Você pode usar alguns sinais para praticar *mindfulness*: a campainha da porta, o telefone, sons em seu computador. Deixe cada um ser uma ocasião para sinalizar sua respiração e permitir algumas inspirações.
- Se você trabalha na frente de um computador, crie uma proteção de tela (desenho, paisagens, etc.) que estimule a prática de *mindfulness*. Prefira fotos de flores animais, etc.
- Durante seu tempo de lanche busque mais momento agradável após essa refeição, converse com amigos, faça um passeio.
- Quando você estiver pronto para encerrar o dia de trabalho, tenha um momento para apreciar o que você fez neste dia.
- Faça a viagem de volta para sua casa um tempo de transição com velocidade reduzida. Permita estar atento ao seu ambiente.
- Quando você for para cama e preparar-se para dormir, faça algumas respirações, se dê conta da cama que o apóia, e permita a você mesmo um sorriso.

*Mindfulness*, segundo Snyder e Lopes (2009), pode ser considerada como uma abertura à espiritualidade e sensibilidade ao contexto e à perspectiva. Envolve o cultivo de uma consciência dos eventos da vida diária, das sensações fisiológicas e psicológicas; a superação do desejo de diminuir a incerteza; substituir a impulsividade; e avaliar a si mesmo, aos outros, e as situações com menos frequência. Para esses autores as estratégias para melhorar a vida de uma pessoa no trabalho devem ser baseadas na prática de *mindfulness*,

Além do mais, a prática de *mindfulness* e de espiritualidade podem ser benéficos para a saúde psicológica e física, para o desempenho acadêmico e profissional, e, sobretudo, colaborar para que a pessoa tenha uma vida mais profunda e mais cheia de

sentido (Snyder & Lopes, 2009). *Mindfulness*, tanto para terapeutas quanto para clientes, é fundamental na terapia comportamental dialética, terapia de grupo desenvolvida por Linehan (1993) que tem como objetivo terapêutico ensinar equilíbrio emocional para pessoas com transtorno de personalidade *borderline*.

É necessário como fator de resiliência para o terapeuta a percepção de suas próprias reações corporais para integração da sua consciência e harmonia física. As formas de percepção corporal podem ser aprendidas através de práticas espirituais de Meditação, *Yoga*, *Tai Chi*, ou exercícios de auto-hipnose, imaginação direcionada, sessões de massagem, *biofeedback*, visualização, alongamento, relaxamento muscular e exercícios respiratórios (Baker, 2002).

Retiros de final de semana em um centro de espiritualidade ou hotel em que você tenha tempo para caminhar e refletir também são recomendados (Wicks, 2008). A Meditação é um processo simples, se o terapeuta consegue pôr de lado sua necessidade por realizações e metas, os refúgios para exercícios meditativos trazem alívio e distanciamento de pensamentos corriqueiros e busca uma posição observacional serena (Norcross & Guy Jr. 2007).

A espiritualidade é considerada como algo básico e elementar da necessidade de uma pessoa desenvolver consciência de si mesma e estabelecer relacionamentos saudáveis com outros seres humanos (Valle, 2005). De acordo com o teólogo Boff (2001) a espiritualidade deve ser referida a qualidades do ser humano como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade e harmonia, que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para outras. Segundo Benjamin (2001) o terapeuta deve cultivar a espiritualidade em seu trabalho, por ser algo naturalmente presente no processo terapêutico e que pode

ajudar nos atendimentos clínicos. Na perspectiva da atuação clínica, é fundamental um trabalho terapêutico que sustente também a espiritualidade emergente do paciente (Safra, 2005).

O cultivo da espiritualidade pode ser um fator que motiva o terapeuta a buscar um “equilíbrio”, no que se refere a uma conexão positiva na relação consigo mesmo, com outros e com a natureza, e que se origina das sabedorias tradicionais das culturas benéficas para os relacionamentos interpessoais (Baker, 2002). Os terapeutas devem ainda parar por um momento e considerar a espiritualidade em suas vidas, devendo atuar como merecedores da missão da qual foram chamados, com bondade, cura, e compromisso (Norcross & Guy Jr., 2007).

Yalom (2006) compreende a profissão de psicólogo clínico como uma das formas que remonta não apenas aos ancestrais mais próximos da terapia, como Freud, e C.G. Jung, assim como os ancestrais intelectuais deles, como Nietzsche, Schopenhauer, Kierkegaard, mas também a personagens como Jesus Cristo, Buda, Platão, Sócrates, Galeno, Hipócrates, etc., pessoas que se ocuparam em cuidar do ser humano. Espiritualidade e as influências de sabedorias tradicionais, portanto, não são recentes na prática da terapia, mas é algo inerente ao seu desenvolvimento ao longo das décadas.

Assim como a espiritualidade, a terapia pessoal é utilizada por psicólogos clínicos como apoio para sua vida profissional e pessoal. Yalom (2006) relata que fez terapia em vários estágios diferentes de sua vida. Quando começou a trabalhar com pacientes agonizantes, vivenciou uma “considerável e explícita angústia perante a morte” (p. 53), então teve a oportunidade de explorar essas vivências em uma terapia pessoal com Rollo May. O autor recomenda que:

Os terapeutas devem mostrar o caminho para os pacientes através de modelo pessoal. Devemos demonstrar nossa disposição de entrar numa profunda intimidade com o nosso paciente; processo que exige que sejamos adeptos de explorar a melhor fonte de dados confiáveis sobre nosso paciente – nossos próprios sentimentos (p. 51).

A terapia pessoal é também necessária para a formação profissional do terapeuta. Na psicanálise, por exemplo, a análise pessoal com um terapeuta é usualmente considerada como o mais importante componente de um modelo de três fases, sendo que os outros dois modelos são: estudo didático sobre teoria e técnica psicanalítica e atendimento clínico devidamente supervisionado de um número de pacientes (Lasky, 2005; Padilha, 2005).

Laireiter e Willutzki (2005) revelam que o uso da terapia pessoal e o desenvolvimento de programas específicos para nutrir competências pessoais e interpessoais no terapeuta tiveram início na Terapia Comportamental Cognitiva nos últimos 20 anos. Segundo esses autores, a terapia pessoal para terapeutas comportamentais cognitivos tem como objetivo proporcionar a eles maior sensibilidade aos seus próprios comportamentos, pensamentos, sentimentos, crenças, e interações, bem como para desenvolver um processo interpessoal na terapia, empatia para com o cliente e uma auto-reflexão.

Otero (2001) se refere a uma pesquisa sobre terapia pessoal que ela mesma efetuou em 1993 com terapeutas comportamentais de diferentes regiões do país, atingindo um total de 53 questionários respondidos. Os terapeutas responderam, entre outras afirmações, que a terapia pessoal possibilita maior autoconhecimento, discernimento e separação entre conteúdos de sua vida e da vida dos clientes, necessária para o

desenvolvimento pessoal, possibilita colocar-se como um ser comum e, por conseguinte, ajuda na desmistificação de crenças errôneas por parte dos clientes sobre a pessoa do terapeuta.

Elliott e Partyka (2005) mencionam que a terapia pessoal e trabalhos de crescimento na Terapia Humanista Experiencial para terapeutas têm importantes funções, tais como: uma experiência mais próxima da aprendizagem, provê as bases para terapias mais genuínas e autênticas, aumenta a empatia e ajuda na administração do estresse e da vulnerabilidade.

Por meio de sua terapia pessoal é que o terapeuta tem acesso particular a suas mais secretas necessidades, fantasias e experiências, ao desenvolvimento pessoal e a *insights*, que são ganhos pessoais freqüentemente sem comparação (Norcross & Guy Jr., 2007). A terapia pessoal pode ajudar o terapeuta a construir relacionamentos significativos em sua própria vida, pois o que se vivência em um tratamento tende a se generalizar para todas as relações externas (Guy, 1987), inclusive no trabalho clínico.

Além da terapia pessoal Pope, Sonne e Greene (2006) recomendam que uma formação para terapeutas que passam por dificuldades profissionais deve abordar tópicos difíceis como: questões sexuais e tabus, sentimentos sexuais do terapeuta por clientes, que são assuntos que podem ser omitidos pelos terapeutas em conversas e/ou entrevistas, e que estão naturalmente relacionados à profissão de psicologia clínica.

Guy (1987) enfatiza que se faz necessário educar, através de seminários e palestras, os terapeutas sobre as conseqüências negativas resultantes de problemas no trabalho clínico, como desgaste emocional ou enfermidade psicológica, ideação suicida, abuso de substâncias tóxicas e exploração dos pacientes. Terapeutas que trabalham com

populações específicas, com clientes traumatizados e em crise, precisam estar atentos às suas necessidades como profissionais e como pessoas, buscando instruções e treinamentos constantes, interação e troca de conhecimento com os colegas de profissão, colaboração interdisciplinar, diversão periódica em atividades agradáveis e desenvolvimento de um senso de missão e propósito (Miller, 2004).

A formação continuada e exercícios intelectuais, como a leitura, contribuem para a resiliência do terapeuta. Para Rhoads (2001) o terapeuta deve se interessar por literatura, ter motivação para conhecer personagens históricos e passar por uma formação científica adequada. Os exercícios intelectuais de leitura e escrita fazem parte da vida de muitos psicólogos clínicos. O terapeuta deve possuir livros com temas sobre experiências clínicas, pacientes interessantes, lições de vida e de mensagens de renovação, bem como trabalhos ficcionais que podem enriquecer suas habilidades observacionais e imaginação criativa (Norcross & Guy Jr., 2007). Como exemplo histórico sobre o hábito de ler, Freud achou nas ficções literárias de Dostoievsky, Sócrates e Shakespeare, nas filosofias de Stuart Mill e Nietzsche inspiração para suas idéias sobre a psicanálise (Kottler, 2008, citado por Wicks, 2008).

Literatura apropriada e técnicas terapêuticas podem ser utilizadas como apoio para terapeutas que atendem clientes com dificuldades de se engajar na terapia. Newman (2007) enumera alguns pontos sobre como melhorar a relação terapeuta-cliente na terapia cognitiva. De acordo com o autor o terapeuta pode: (1) observar as reações adversas de seus clientes para expressão de otimismo excessiva, (2) não ter que identificar e testar todos os pensamentos disfuncionais diários a ponto de micro-administrar os pensamentos do cliente, (3) estar alerta para um possível senso de competitividade ou luta de poder na sessão, (4) lidar de forma sensível com as

convicções de cliente sobre o "não estar pronto" para a mudança ou para fazer lição de casa, (5) controlar o encerramento como uma "transferência de poder".

Zur (2007) apresenta uma série de limites que devem ser estabelecidos pelo terapeuta no trabalho clínico no sentido de evitar dificuldades na relação terapeuta-cliente e também problemas éticos. Dos vários tópicos de recomendações do autor os limites devem ser bem estabelecidos em relação: ao contexto geográfico da terapia, como consultórios localizados em comunidades isoladas; atendimento de pessoas próximas, como colegas, professores; o espaço terapêutico, organização dos móveis; valor monetário das sessões e tempo das sessões; visitas à casa do cliente; o sigilo e as consultas por telefone.

O terapeuta deve reconhecer também seus próprios limites pessoais e possíveis erros cometidos durante o atendimento. O terapeuta pode pedir desculpas ao cliente quando reconhecer que se comportou de uma maneira indelicada, o assunto pode ser abordado durante a sessão. Na maioria dos casos, um pedido de desculpas pode ser útil para curar uma ferida que pode ter surgido e continuado, e possivelmente corrigir uma relação-terapêutica que pode ter sido ameaçada ou quebrada (Pinkerton, 2008).

Maneiras diferentes que alguns terapeutas têm de lidar com adversidades provenientes do trabalho é recordar e anotar seus sonhos, outros fazem diários pessoais, alguns escrevem ficções, outros carregam *notebooks* e anotam rapidamente frases e citações. O importante para esses terapeutas é achar, no hábito de escrever, motivos para promover o cuidado pessoal (Norcross & Guy Jr., 2007).

### **3. Resiliência do psicólogo clínico: suporte social**

Uma das fontes de resiliência, como suporte social, presentes na vida profissional dos terapeutas de diferentes abordagens é a orientação ou supervisão clínica. O apoio e a orientação, proporcionada por um colega de profissão mais experiente, pode ser muito útil para compensar dificuldades na prática profissional e de acontecimentos significativos da vida pessoal do terapeuta (Guy, 1987). Como exemplo, a supervisão para psicanalistas, segundo Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003) é vista como um processo de ensino-aprendizagem em que há intenso envolvimento emocional e interpessoal entre supervisores e supervisionados. Para terapeutas comportamentais, a supervisão pode ser realizada por meios diversos, tais como: relatos sobre a sessão terapêutica feitos pelo supervisionado, observação direta e registros da sessão terapêutica através de espelhos unidirecionais e presença do supervisor na sessão terapêutica (Moreira, 2003).

Na Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), a supervisão é realizada de forma didática e principalmente experiencialmente. O relacionamento na supervisão da FAP é difícil e desafiador, porém, reforçador para o terapeuta estudante, que necessita desenvolver habilidades de intimidade, abertura pessoal, vulnerabilidade, honestidade, consciência e presença. Este modelo de supervisão fortalece o terapeuta ao lhe propor reflexões sobre sua atuação e seus sentimentos em relação aos comportamentos dos clientes durante as sessões e busca, além disso, aumentar a consciência do mesmo sobre a relação terapeuta-cliente.

A título de exemplo, sobre o estilo de supervisão na FAP, de acordo com Souza e Vandenberghe (2007) o terapeuta/supervisionando que está iniciando seu trabalho como clínico, precisa de uma relação interpessoal com seu supervisor que possa ser usada como estratégia em seu próprio trabalho como terapeuta, isto inclui: estabelecimento de relacionamento genuíno; uso de comunicação recíproca e irreverente como estratégia; enfoque nas habilidades que o terapeuta tem, mas não usa; uso equilibrado de estratégias de validação do comportamento do supervisionando e de exigências de mudança.

De forma semelhante, Judith Beck usa o modelo teórico da Terapia Cognitiva como orientação para aproximações em sessões de supervisão, ao término de cada sessão, ela pergunta para os estagiários: “O que você achou da supervisão hoje? Há alguma coisa que você não me contou? Você gostaria de fazer algo diferente nessa sessão?” Tais questões lembram o estagiário uma relação colaborativa, na qual eles também podem oferecer colaboração (Tracey, 2006).

A supervisão para terapeutas iniciantes também pode ser realizada em grupo de terapeutas para relato e troca de experiências. Tavora (2002) diz que a supervisão de um processo terapêutico, de acordo com Carl Rogers, tem como objetivo transmitir ensinamentos básicos e fazer com que cada terapeuta olhe para si mesmo, para o relacionamento com seu cliente e para o vínculo que desenvolve com seu supervisor. A supervisão em grupo coloca o terapeuta iniciante em um universo de relações reais e presentes onde ele pode avaliar-se, espelhar-se e prepará-lo para a relação entre terapeuta e cliente.

Aveline (2005) relata que o terapeuta Irvin Yalom reforçou seus sentimentos sobre o que é realmente importante em uma psicoterapia efetiva. Alguns itens são: a

conversação, o relato, a centralidade do significado, testar e experimentar hipóteses clínicas, formulações, inter-subjetividade, atenção para rupturas na aliança terapêutica, aprendizagem interpessoal e abertura para experiências sucessivas. Segundo Norcross e Guy Jr. (2007) um supervisor pode oferecer orientação adequada de acordo com a personalidade e necessidades clínicas do terapeuta, para promover confrontação, alimentar e direcionar uma maneira mais pessoal e informal que pode ser melhor aproveitada.

Muitos terapeutas acham útil discutir problemas clínicos e dificuldades com clientes, com colegas de profissão, e consideram isto uma maneira de diminuir o estresse no trabalho da prática psicoterapêutica (Norcross & Guy Jr., 2007). O terapeuta, mesmo estando sob terapia pessoal ou supervisão, deveria se engajar em grupos de estudo planejados como forma de apoio e orientação. Compartilhar abertamente com outros colegas as limitações profissionais, erros e problema pessoais e situações comuns da prática clínica a fim de que possa reduzir o estresse e a insatisfação experimentados na prática clínica (Guy, 1987).

Outro tipo de suporte social importante é a religiosidade, que são normas, crenças e valores propagados por instituições (Pagotti, 2001). O vínculo religioso pode ser mais outra fonte de apoio para o terapeuta em seu trabalho clínico. Banaco (2001) adverte que o terapeuta deve ficar atento para não impor seu ponto de vista religioso e nem competir com a ética religiosa do cliente, pois isso teria como resultado o acirramento entre os conflitos que o cliente já vem enfrentando na vida. Por outro lado, a religiosidade se bem conduzida pelo terapeuta, pode ser um recurso para inspiração e consciência ética para seu exercício profissional (Vandenberghe, 2005).

Wicks (2008) recomenda aos terapeutas que façam passeios tranquilos e visitas a parques ou caminhadas, ter tempo e espaço para meditação, freqüentar uma biblioteca ou uma grande livraria e ler revistas, corresponder-se por e-mails com amigos; conversar; assistir filmes e escutar músicas. Além desses hábitos, a autora recomenda ainda, que os terapeutas devem saber organizar momentos para a realização de exercícios físicos, delegar responsabilidades no trabalho e na família e aprender a respeitar limites, sabendo como e quando dizer “não”, quando necessário, de forma firme e decidida.

Relacionamentos fora do trabalho, como entre pessoas da família, podem funcionar como mais um tipo suporte para o psicólogo clínico. De acordo com Norcross e Guy Jr. (2007) o terapeuta casado pode ter em seu matrimônio o apoio de uma pessoa capaz de prover amor incondicional e aceitação, entendimento profundo e encontro genuíno. Para Guy (1987) o cônjuge do terapeuta, além de ser uma fonte importante de empatia, apoio e atenção, pode ser um importante aliado no combate contra efeitos potencialmente debilitantes do trabalho clínico sobre a vida pessoal e social do terapeuta. Muitos terapeutas apreciam relacionamentos com seus familiares, pois algumas dessas pessoas próximas podem contribuir para nutrir positivamente o terapeuta por toda a vida, são pessoas que conhecem o terapeuta desde o nascimento, muitos anos antes da escolha profissional (Norcross & Guy Jr., 2007).

Stevanovic e Rupert (2009) entrevistaram 485 psicólogos abordando a influência do trabalho sobre a vida familiar, satisfação de vida e apoio familiar. Segundo os autores, um maior senso de realização pessoal do psicólogo no trabalho está associado com alta proximidade e apoio da família. Ainda, há uma reciprocidade entre

interferência positiva do trabalho do psicólogo em sua família e experiências positivas no trabalho, ligados a apoio em casa.

As histórias e relatos sobre atendimentos clínicos e vida pessoal de terapeutas exemplificados no tópico sobre vivência de terapeutas eminentes, indicam que mudanças positivas surgem mediante desafios e dificuldades. Nas entrevistas de Kottler e Carlson (2005), aparecem como resultados das mudanças: flexibilidade e proximidade emocional com o cliente (Kottler), intimidade na relação terapeuta-cliente (Murphy), busca de uma maneira mais intuitiva de atendimento (Neimeyer), mudança de vida pessoal e inspiração para produzir livros de ajuda para casais (Gray), busca de um aprofundamento espiritual para a vida pessoal e para o trabalho clínico (Marlatt). Além da possibilidade de crescimento pessoal, reconhecimento de fontes de fortalecimento na história de vida, busca de mudanças técnicas quando necessário, bem como lições e sabedoria advindas de anos de experiência profissional, podem ser considerados como fatores de resiliência mediante desafios e/ou dificuldades profissionais.

As histórias de Martin Seligman, Steven Hayes e Herbert J. Freudenberger são exemplos de idéias surgidas, que fundamentam posições teóricas na psicologia contemporânea, e tem como base, vivências de sofrimento na vida pessoal. Michael Rutter apresenta atributos pessoais que podem ser considerados fatores de resiliência que, certamente, influenciaram sua carreira profissional.

Aspectos da história de vida de Benjamin (2001), como aprender a ser disciplinada e ter atualmente a proximidade de familiares, são fatores importantes para seu trabalho como terapeuta. Goldfried (2001) descobriu um caminho para superação de limitações técnicas da abordagem que utilizava: flexibilidade e aceitação para mudar sua postura profissional em benefício do cliente. O repertório intelectual e profissional

variado e a perspectiva de integração teórico/prática de Fensterheim (2001) e também de Wolfe (2001) proporcionaram mudanças e crescimento profissional. A terapeuta Fodor (2001) adquiriu sabedoria sobre a prática clínica ao refletir sobre as experiências de vida e razões de seus clientes. Yalom (2006) também mudou, em termos de desenvolvimento profissional e pessoal, em função das vivências nos atendimentos.

A literatura de auto-cuidados como fator de proteção que promove a resiliência é apresentada como consciência, meditação e espiritualidade (Benjamin, 2001; Baker, 2002; Safra, 2005; Yalom, 2006; Norcross & Guy Jr. 2007) como busca de conforto e sentido para a vida e o trabalho. As práticas de *mindfulness* (Linehan, 2003; Vandenberghe & Souza, 2006; Wicks, 2008; Snyder & Lopes, 2009) que é dar importância ao momento presente, atentar para os sentimentos e pensamentos vivenciados durante a sessão terapêutica, bem como, da relação terapeuta-cliente, são tidas com observações necessárias para o “equilíbrio emocional” do terapeuta e também do cliente. A terapia pessoal (Guy, 1987; Otero, 2001; Elliott & Partyka, 2005; Laireiter & Willutzki, 2005; Lasky, 2005; Padilha, 2005; Yalom, 2006; Norcross & Guy Jr., 2007), exercícios intelectuais com leituras apropriadas e formação profissional (Guy, 1987; Rhoads, 2001; Miller, 2004; Pope, Sonne & Greene, 2006; Newman, 2007; Norcross & Guy Jr., 2007; Wicks, 2008) são necessários como fontes de apoio especificamente direcionadas para exercício profissional. O estabelecimento de limites nos atendimentos (Zur, 2007) e o uso de técnicas para fazer fluir melhor o processo terapêutico (Linehan, 2003; Greenberg, 2007; Pierson & Hayes, 2007; Swales & Heard, 2007) são regras que podem amenizar ou evitar problemas no andamento do trabalho clínico e, ainda, situações constrangedoras.

Fontes de apoio e suporte social como fontes de resiliência para o psicólogo clínico são referidas como supervisão/orientação clínica (Guy, 1987; Tavora, 2002; Moreira, 2003; Zaslavsky, Nunes e Eizirik, 2003; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Aveline, 2005; Tracey, 2006; Souza & Vandenberghe, 2007), apoio de colegas de profissão (Guy, 1987; Norcross & Guy Jr., 2007), vínculo religioso (Banaco, 2001; Vandenberghe, 2005); lazer (Wicks, 2008) e vínculos de apoio de familiares (Guy, 1987; Norcross & Guy Jr., 2007; Stevanovic e Rupert, 2009).

A presente pesquisa teve como objetivo identificar fatores de resiliência em uma amostra de vinte psicólogas que tiveram contato com fatores de risco em seu trabalho, uma vez que, esses fatores podem comprometer a qualidade dos atendimentos clínicos. Caso esse profissional apresente um quadro de estresse há a possibilidade da ocorrência de conseqüências para o cliente em tratamento (Sanzovo & Coelho, 2007). Indo mais além, as dificuldades e adversidades proporcionadas por alguns clientes ou erros cometidos, durante as sessões, podem causar sentimentos de frustração e decepção no terapeuta, como por exemplo: deixar de compreender algo relevante que o cliente verbaliza ou deixar escapar o momento oportuno para intervir, fazendo o cliente sair da sessão frustrado por não ter atingido o desempenho desejado (Banaco, 1993).

## **Método**

### ***Participantes***

Foram entrevistadas 20 psicólogas clínicas, todas do sexo feminino, entre 22 a 51 anos (média de 34,8, com um desvio padrão de 9,9), com tempo de formação de 02 a 20 anos (média de 7,06, com um desvio padrão de 6,00) e que estavam atuando no mercado de trabalho. As terapeutas trabalhavam de acordo com seguintes abordagens: quatro terapeutas psicodramatistas, sete com orientação psicanalista, sete com orientação comportamental-cognitiva e duas *gestalt*-terapeutas. As terapeutas-participantes estão identificadas com as letras do alfabeto (Tabela 1).

Pelo fato da psicologia clínica ser uma profissão de predominância feminina, optou-se por entrevistar somente terapeutas mulheres, identificadas através da listagem do Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região, no Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás e pelo local de atuação. Foram contatadas pelo mestrando através de contato pessoal ou por telefone e foram recrutadas de acordo com a disponibilidade que tinham para conceder uma entrevista e responder à temática proposta.

**Tabela 1.** Dados relativos à idade, tempo de formação na área de psicologia clínica e orientação teórica de cada terapeuta entrevistada.

| <b>Terapeutas</b>    | <b>Idade</b> | <b>Tempo de atuação na área em anos</b> | <b>Orientação teórica/abordagem</b> |
|----------------------|--------------|---|-------------------------------------|
| <i>A</i>             | 45           | 20                                      | Psicodrama                          |
| <i>B</i>             | 42           | 02                                      | Psicanálise                         |
| <i>C</i>             | 33           | 10                                      | Comportamental-cognitiva            |
| <i>D</i>             | 32           | 03                                      | Comportamental-cognitiva            |
| <i>E</i>             | 29           | 04                                      | Comportamental-cognitiva            |
| <i>F</i>             | 33           | 05                                      | Comportamental-cognitiva            |
| <i>G</i>             | 22           | 02                                      | Psicodrama                          |
| <i>H</i>             | 33           | 06                                      | Comportamental-cognitiva            |
| <i>I</i>             | 34           | 04                                      | Psicanálise                         |
| <i>J</i>             | 30           | 03                                      | Psicanálise                         |
| <i>K</i>             | 36           | 2,6                                     | Psicanálise                         |
| <i>L</i>             | 51           | 2,6                                     | Comportamental-cognitiva            |
| <i>M</i>             | 25           | 03                                      | Psicanálise                         |
| <i>N</i>             | 31           | 08                                      | Comportamental-cognitiva            |
| <i>O</i>             | 28           | 05                                      | Psicanálise                         |
| <i>P</i>             | 28           | 04                                      | Psicanálise                         |
| <i>Q</i>             | 45           | 20                                      | Psicodrama                          |
| <i>R</i>             | 27           | 05                                      | <i>Gestalt</i> - Terapeuta          |
| <i>S</i>             | 51           | 18                                      | <i>Gestalt</i> - Terapeuta          |
| <i>T</i>             | 41           | 13                                      | Psicodrama                          |
| <b>Média</b>         | <b>34,8</b>  | <b>7,06</b>                             |                                     |
| <b>Desvio padrão</b> | <b>9,9</b>   | <b>6,00</b>                             |                                     |

### ***Materiais***

Mestrando e orientador elaboraram um roteiro de entrevista semi-estruturado com três perguntas (anexo 1) e um documento de consentimento (anexo 2) contendo informações sobre a responsabilidade nas transcrições das fitas e garantia de análise

sigilosa do conteúdo das mesmas. Utilizou-se um gravador e fitas cassetes em todas as 20 entrevistas com as terapeutas-participantes.

### ***Procedimentos***

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, exploratória, apoiada em uma abordagem contextualista, de acordo com o método indutivo, baseada na Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory* na sua modificação proposta por Charmaz (2003). A *Grounded Theory* foi desenvolvida na década de 60 pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss e foi influenciada pelo Interacionismo Simbólico, uma abordagem inspirada pelo filósofo americano George Herbert Mead.

Os seguintes conceitos da *Grounded Theory* nortearam o método da presente pesquisa.

- *Conceitos sensibilizadores*: são noções que fazem parte do repertório de conhecimento do pesquisador provenientes da literatura relacionada ao assunto.
- *Amostragem proposital*: escolha de sujeitos em função da perspectiva de que os conteúdos trazidos por eles permitem a produção de categorias que possibilitem respostas para as questões da pesquisa.
- *Memorandos*: são registros, feitos durante todas as fases da pesquisa, que ajudam no armazenamento de observações, reflexões e relações estabelecidas que auxiliem na construção da teoria.

O local para a realização das entrevistas foi segundo a preferência da terapeuta entrevistada: em seus consultórios clínicos (ambiente de trabalho) ou em salas disponíveis nas dependências do Curso de Mestrado da Universidade Católica de Goiás. Foi realizada uma entrevista gravada de aproximadamente 45 minutos de duração, com cada uma das 20 terapeutas-participantes, de forma individual. As perguntas tiveram como objetivo saber quais eram as adversidades vivenciadas pelas terapeutas em seu exercício profissional, e quais os fatores de resiliência vigentes mediante essas adversidades.

A análise dos dados ocorreu de acordo com os princípios da *Grounded Theory*. As transcrições das entrevistas foram sujeitas a codificação analítica e aberta. Códigos abertos são conceitos construídos pelo pesquisador durante o processo de análise das entrevistas. Eles não são pré-concebidos, mas emergem a partir dos dados analisados. O pesquisador precisa estar atento à maneira em que seus conceitos sensibilizadores trazidos em sua bagagem intelectual ideológica influenciam os códigos emergentes. O uso coerente dos conceitos sensibilizadores é uma vantagem, pois deixa o pesquisador mais sensível a certos conceitos. Porém, descuidando deste ponto importante, os mesmos conceitos podem levá-lo a uma leitura truncada do material que está examinando (Charmaz, 2003).

Em seguida foram criadas categorias a partir de padrões de semelhanças ou diferenças identificadas entre os códigos. Para facilitar releituras e recategorizações, foram preparados registros identificados para cada código em coordenadas que permitem localizar os dados brutos relacionados a eles, como também as relações entre os códigos numéricos que permitem identificar as entrevistas, a página, e o parágrafo onde se encontram os dados que contribuem para um determinado código. Após a

nomeação das categorias houve a organização das mesmas em eixos conceituais, que permitiam responder as questões da pesquisa.

## **Resultados**

Os resultados contêm os trechos das entrevistas que melhor exemplificam os fatores de adversidade e os fatores de proteção presentes no trabalho clínico das terapeutas. Os trechos a seguir foram selecionados levando em consideração a clareza e significância para as categorias e a apresentação dos resultados. A seguir as denominações de cada categoria e subcategoria dos fatores de risco e dos fatores de proteção na sequência em que foram organizadas.

### **I - Fatores de adversidade**

1. Dificuldades técnicas na atuação.
2. Comportamentos negativos.
  - 2.1 Cliente exigente.
  - 2.2 Cliente agressivo.
  - 2.3 Cliente intrusivo.
  - 2.4 Cliente não colaborativo.
3. Características de clientes.
  - 3.1 Transtornos específicos.
  - 3.2 Quadros que mexem com a terapeuta.
4. Fatores de risco inerentes da profissão.
5. Adversidades da vida do cotidiano (não profissional).

## **II - Fatores de proteção**

**1. Atitudes e características da terapeuta em seu trabalho.**

**1.1 Amor a profissão.**

**1.2 Valores pessoais.**

**1.3 Reconhecimento de limites.**

**1.4 Cuidado com o paciente.**

**1.5 Proximidade emocional com o cliente.**

**2. Sabedoria adquirida e vivências profissionais.**

**3. Recursos pessoais da profissional.**

**3.1 Mindfulness.**

**3.2 Espiritualidade.**

**4. Cuidados pessoais.**

**4.1 Terapia pessoal.**

**4.2 Cuidados físicos.**

**5. Formação intelectual/conhecimento.**

**6. Orientação profissional/supervisão.**

**7. Apoio Social.**

**7.1 Família.**

**7.2 Apoio de colegas de profissão.**

**7.3 Religiosidade.**

**7.4 Lazer.**

Os fatores de risco no trabalho de psicologia clínica são toda sorte de situações que acarretam conseqüências negativas nos atendimentos, na saúde e bem estar do terapeuta.

## **I – Fatores de adversidade**

### **1 – Dificuldade técnicas na atuação(E, F, H, L e O)**

Contém relatos sobre dificuldades ao intervir adequadamente no problema apresentado do (pelo cliente) cliente, ou na escolha da técnica apropriada.

**E** – “Eu ficava me sentindo impotente, por eu não saber, não ter uma técnica, um jeito de colocá-lo na terapia, então eu achei super dispendioso por eu não saber o que utilizar para ele entrar no consultório sem a mãe, e também por eu não saber como eu iria introduzir a questão, falar, botá-lo no assunto para trabalhar sobre o que aconteceu com ele. Então eu me senti meio que incompetente”.

### **2 - Comportamentos negativos do cliente**

Relato sobre clientes que exigiam muito, outros que faziam ameaça, agrediam física e verbalmente a terapeuta. Os clientes intrusivos foram tidos como os que ligavam em horários impróprios, que perguntavam sobre a vida pessoal da terapeuta e faziam convites para aniversários, casamentos, etc. Os clientes não colaborativos são aqueles que não faziam as tarefas recomendadas apresentavam forte repertório de esquivo, resistência a mudanças ou desistência da terapia.

## **2.1 - Cliente exigente(F e J)**

**F** – “E como ela é perspicaz e inteligente, inclusive emocionalmente ela cobra muito do terapeuta”.

**J** – “Era uma pessoa muito intelectualizada e que durante as sessões eu me sentia muito excluída, e as sessões para mim eram muito pesadas, eu saía da sessão muito mal, muito estressada”.

## **2.2 - Cliente agressivo(E, G, M, K, Q, e S)**

**E** – “Outro exemplo foi de um menino, de um garoto que ele estava desenhando e falando sobre monstro, alguma coisa, e eu não tinha entendido, e ele sentou a mão na minha cara, que estalou assim, foi tão rápido que por pouco eu não enxergava assim, pelo reflexo, e me deu tanta raiva, doeu”.

**G** – “A esposa respondeu que sim, que ela sofria agressão física do marido, na hora, no mesmo instante, ele agrediu ela verbalmente”.

**M** – “... ele socava a parede do lado do meu rosto e eu sentia o ventinho da mão dele fechada batendo na parede, eu acho que ele queria socar meu rosto mesmo, porque ele estava com ódio de mim, ele gritava: “eu não sou louco, eu não vou ficar lá de jeito nenhum, eu odeio psicólogo, são todos uma m.” e aí eu fiquei sem saber o que fazer, então fui tentando acalmar, e quando esse paciente saiu e eu disse para mim mesma: “nunca mais eu vou atender dependentes químicos”

**S** – “... aí de repente ele deu um grito aqui dentro e bateu a mão na cadeira e gritou mesmo, bem alto, com olhos arregalados, aí eu levantei e fiquei atrás da cadeira, graças

a Deus, e segurei na maçaneta e disse: “se você me der condição de continuar conversando com você eu vou continuar te ouvindo para ver realmente o que você está precisando e o que você quer, o realmente está acontecendo, mas eu preciso da sua ajuda para continuar te atendendo”. Ele gritou forte novamente. Aí eu disse: “vou sair, vou lhe esperara na recepção e espero que você venha e que você saia, pois eu não tenho condições de trabalhar com você desse jeito e não vou continuar com você assim”. Bom, eu morrendo de medo dele vir aqui atrás de mim no corredor e me impedir. Os gritos dele foram tão altos que a terapeuta da outra sala já tinha aberto a porta da sala dela para ver o que estava acontecendo, outras pessoas da clínica perguntando se eu precisava de ajuda. Eu saí e fui até a porta da clínica e segurei a porta, ele passou sem olhar para mim e foi embora”.

### **2.3 - Cliente intrusivo(D, N, P, Q e R)**

**D** – “... ele me liga três horas da manhã falando que vai se suicidar”.

**N** – “Quando o paciente quer saber da minha vida, eu acho extremamente aversivo [...], mas isso me incomoda tremendamente: se sou casada, solteira, se tenho filhos. Se meu cabelo está bonito perguntam qual é a tinta que você usa, se você tinge mesmo, se escova, onde você comprou tal coisa, etc. Essas coisas me incomodam muito. Eu digo que isso para mim é o mais estressante [...]. Às vezes recebo convites, tipo: “vamos comigo em tal lugar, em uma festa?”. Quando isso me acontece me sinto desconfortável, invadida, pessoalmente invadida, desrespeitada, fica parecendo que está valendo ali não é bem a terapia”.

## **2.4 - Cliente não colaborativo(D, E, H, L e P)**

**E** – “Qualquer atividade que eu passava que era para ela fazer no dia seguinte ela não fazia. Teve uma vez que eu fiquei chateada, não demonstrei, mas eu fiquei chateada com ela porque o tratamento não evoluía, [...], o que cabia a ela, ela não fazia, [...], e sempre ela cuidava dos outros e não cuidava de si, então eu queria trabalhar e ela não me ajudava, e aí eu me sentia às vezes chateada com ela e também muito impossibilitada de ajudá-la”.

**H** – “Ele era uma pessoa que tinha um repertório de esquiva muito grande, então eu tentava cercá-la de tudo quanto é forma, eu tentava bloquear esquiva no sentido de fazer entrar em contato com alguns conteúdos, fazê-la rever algumas situações, e em vários momentos eu precisava confrontá-la na terapia, afinal de contas: “o que você espera de mim se você se recusa a fazer coisas diferentes, a pensar coisas diferentes, a considerar novos pontos de vista?”. Ela recuava: “não, eu preciso muito de você”.

## **3 - Características de clientes**

Esta categoria compreende clientes, que segundo as terapeutas, dificultavam o trabalho clínico por apresentarem quadros depressivos, transtorno de personalidade e hiperatividade. Foi relatado sentimentos de angústia, medo, repugnância (nesse último caso quando o caso clínico se relacionava a violência ou compulsão sexual).

### **3.1 - Transtornos específicos (C, F, I, M, N, P e R)**

**F** – “... nossa é uma luta, é uma luta porque o tratamento oscila muito, a pessoa melhor e depois piora e o processo de tratamento é longo, o que significa que vai ser desgastante para o cliente e que o cliente vai ter que entender que já é uma dificuldade,

ele tem que aceitar isso, que já é outra dificuldade e ele tem que se engajar no tratamento, que é uma outra dificuldade”.

**M** – “... a menininha destruiu meu consultório, tudo o que você está vendo aqui foi para o chão, tinha tinta na parede, [...]. E ela pulou da cadeirinha e bateu a cabeça no chão e fez um galo e aí como é que fica descer com a criança que subiu normal e desceu com um galo na cabeça?”.

**R** – “Eles têm pouca energia e eu me sinto “desenergizada” quando eu saio desses atendimentos, eu preciso de um tempinho para me restabelecer para começar outro atendimento, porque dá uma abaixada na energia, porque o paciente suga muito, [...], e a gente tem que trabalhar muito, [...], envolver bastante na dor do paciente, isso às vezes desgasta”.

### **3.2 - Quadros que mexem com a terapeuta(E, M, O, Q e S)**

**O** – “... tinha que atender crianças terminais, eu presenciei óbito de crianças, [...]. A angústia que isso traz, a angústia dessa criança, da esperança de você poder fazer alguma coisa para ajudá-la, tentar tirá-la da dor e muitas das vezes você não conseguir. Então assim, eu tentava usar técnica de relaxamento, técnica de visualização, utilizar o lúdico para tirar a criança do foco da dor e mesmo assim a dor ser insuportável. Então isso te traz uma angústia muito grande, uma dor muito grande”.

**Q** – “Na verdade eu tive uma grande repugnância de atender esse caso, tive grande resistência em atendê-lo. Era um adolescente que estuprou uma criança de 2 anos de idade”.

**S** – “Na minha frente e ele de repente vira e fala: eu vim para a terapia porque eu sou um compulsivo sexual, as 19h00 da noite você sozinha na clínica”.

#### **4 – Fatores de risco inerentes à profissão(B, E, H, M, N, O, P e R)**

São situações vivenciadas pelas terapeutas e referidas pelas mesmas como falta de estabilidade financeira, comportamentos agressivos de parentes próximos do cliente e falta de compromisso financeiro do cliente em relação ao trabalho terapêutico.

**B** – “... nós praticamente não temos estabilidade, então suponhamos, se há uma contenção de despensas quem é o profissional despedido? Justamente aqueles que eles crêem entre aspas que não vai ser tão útil [...], eles sempre nos falam, em um local onde tem uma reunião, alguma coisa, eles sempre gostam de mencionar que ninguém é insubstituível, eles gostam de reforçar isso”.

**N** – “... de marido que foi no consultório, querendo me bater, porque a mulher se separou dele, então tive que chamar a polícia para podermos sair da clínica, porque a pessoa estava lá na porta ameaçando de me matar, dizendo que eu tinha colocado bobagens na cabeça da mulher dele. Na hora isso foi extremamente traumático, porque envolveu polícia, vizinhos, eu trancada dentro da clínica com a paciente, foi traumático”.

**E** – “... a mãe disse: “Ah, eu te pago, tal dia”. Ai esse tal dia nunca vinha, eu ligava e ela não atendia, pedia para a criança mentir, e isso foi me irritando, irritando, [...], eu me senti muito lesada, eu senti muita raiva, muita, muita, muita raiva, dessa mulher”.

## **5 - Adversidades da vida do cotidiano (não profissional), (A, N, O e Q)**

São relatos sobre situações que interferiam seriamente no exercício profissional da terapeuta e que eram provenientes de situações de sua vida pessoal.

A – “... eu entrei na clínica e falei para a paciente: “Eu não tenho a menor condição de te atender”. Ela me perguntou o que tinha acontecido, e eu respondi: “Meu carro acabou de ser roubado, eu estou louca”. Ela: “Que isso, que absurdo, onde é que seu carro estava?”. E eu: “É, acabou de ser roubado aqui na porta, então a gente marca outro horário porque eu não dou conta de te atender”. Para mim foi muito grave aquilo, então eu quero dizer que existem níveis de estresse, tem aquele que você consegue contornar e aquele outro que você: “Não, não tenho cabeça para isso”.

## **II - Fatores de proteção**

Os fatores de proteção são toda sorte de atitudes pessoais, conhecimentos, apoio social, etc. das terapeutas, que ajudam na obtenção de resultados positivos e formam um anteparo contra a ação dos fatores de risco inerentes ao trabalho clínico.

### **1 - Atitudes e características da terapeuta em seu trabalho**

São relatos sobre o amor da terapeuta pela sua profissão, atitudes de cuidado com o cliente, reconhecimento de limitações naturais da profissão e valores pessoais que contribuem positivamente com o trabalho clínico, além de proximidade emocional com o cliente (compaixão).

### **1.1 - Amor à profissão(Q, S e T)**

**Q** – “Eu amo o meu trabalho, eu gostaria que a psicologia fosse mais divulgada, [...], Eu penso que a área psicológica é uma área especial”.

**S** – “... eu gosto muito de trabalhar, eu gosto demais da minha profissão. Então eu acho que é isso que me dá essa disposição e conseguir trabalhar com leveza, trabalhar com prazer”. [...] é muito bom ser psicodramatista. Eu me identifico com essa abordagem porque eu sinto que me deixa mais solta para ser mais criativa, mais espontânea para lidar com essa situação, para não ser muito rígida como terapeuta.”

**T** – “Acho que essa força de enfrentar dificuldades vem do amor a profissão, eu gosto do que eu faço”.

### **1.2 - Valores pessoais(A, B, D, F, K e M)**

**B** – “... meus pais eles sempre passaram, vamos dizer, respeito ao próximo, bom tratamento, então assim, o que eles me passaram é isso que até hoje é o correto, sempre foi algo que me ajudou então eu procuro viver de forma em que a ética conduza isso, porque onde há a verdade, onde há o respeito recíproco a gente vai longe mesmo”.

### **1.3 - Reconhecimento de limites (H, K, e L)**

**K** –“Acho que a gente tem que pensar o quanto a gente suporta, e ter a humildade em certos momentos de dizer: eu não dou conta’.”.

**L** – “... enquanto terapeuta existe coisas que não dependem de mim, tudo bem que a adesão ao um tratamento e o envolvimento com a terapia eu posso fazer algumas coisas. Mas às vezes o meu trabalho vai esbarrar em variáveis do indivíduo, que naquele

momento não dá para mudar [...], então o não alcance de um objetivo terapêutico nem sempre significa que eu não tenho competência.

#### **1.4 - Cuidado com o paciente(B, L, P e R).**

**B** – “... eu tenho o meu compromisso é com os meus pacientes, com o cliente que chega até a mim, então quando esse paciente está na minha frente eu prefiro tratá-lo da melhor forma possível, ouvi-lo com atenção, pontuar aquilo que precisa ser pontuado”.

**R** – “Ter esses pensamentos de que eu estou fazendo tudo que eu posso para ajudar alguém que sofre, para mim é um motivador muito grande. É uma coisa que me faz voltar muitas vezes”. **1.5 - Proximidade emocional com o cliente(A, B, F e P)**  
**A** – “Se o paciente chorar eu também choro, e eu entendo muito a dor dele, eu falo: “Eu estou entendendo a dor que você está passando, eu também passei por isso. Eu não escondo, eu falo”.

**P** – “Eu falo, por exemplo, coisas minhas, de quando eu namorava, e eu acho que é legal a pessoa saber, e porque isso? Por que nós psicólogos somos seres humanos”.

#### **2 - Sabedoria adquirida e vivências profissionais (B, D, H, K, M O,Q, R e T)**

As terapeutas relataram sobre o aprendizado e as lições que tiveram e que foram provenientes das vivências clínicas ao longo da carreira e histórias de vida de clientes.

**K** – “Eu estou num momento em que eu não levo mais sustos, de ficar chateada, [...], vejo que são outras situações não tão feias, igual a pessoa está imaginando”.

**O** – “Como eu já tenho um tempo de experiência, eu faço o possível para não perder a sensibilidade, porque nós não podemos ficar insensíveis a dor, eu tenho que atuar e me

organizar para poder ir embora para casa. Tem profissional que vai ‘endurecendo’ para não sentir, e aí faz de conta que não está acontecendo nada. Então eu faço todo esse trabalho, eu aprendi faz isso, hoje eu consigo, mas foi um tempo de caminhada”.

**Q** – “... as atitudes de uma pessoa, dependendo das situações, são tão variadas, são tão imprevisíveis que leva a nós terapeutas [...], a ter uma mente muito aberta, para entendermos e aceitarmos que esses fatos que eu citei que estão acontecendo”.

**T** – “Depois disso eu fiquei brava com essa mãe porque eu não estava errada, só que ela também não estava errada, eu como profissional estava perfeitamente certa e ela certa também como mãe. Só que assim eu entendi que para ela era difícil lidar com o “não saber lidar” com a filha [...], eu acho que foi uma experiência formidável”

### **3 - Recursos pessoais da profissional**

Esta categoria está relacionada a recursos utilizados pelas terapeutas para melhor observação de sentimentos e/ou pensamentos vivenciados durante os atendimentos clínicos.

#### **3.1 – Mindfulness(A, C, E, F, G, J, K, L, P, Q e R)**

**A** – “... eu acho que eu preciso estar em silêncio comigo mesmo porque senão eu não vou ter uma escuta terapêutica. Se o meu barulho interno for maior do que o do meu cliente então vai ser difícil atendê-lo e ele vai sair daqui pior do que entrou”.

**F** – “... se você vai tomar banho, curte a água quente caindo em você, curte o vapor da água, curta aquele momento, viva aquele momento e relaxe [...], preciso dessa conscientização pelo menos na hora dos atendimentos, então eu procuro ficar atenta no que está acontecendo e no que o cliente está me provocando naquele momento.

**J** – “... eu paro, penso, analiso a situação, tento perceber o que está acontecendo, vejo o que de fato o paciente está falando, dou uma respirada e volto novamente”.

**Q**– “... eu tento me perceber e perceber o paciente no momento do atendimento”.

### **3.2 - Espiritualidade(B, C, D, I, M, N, P, Q e R)**

**D** – “... porque tem gente que fala assim: “nossa, mas você é terapeuta comportamental e você é espírita”, [...], então a minha espiritualidade me ajuda bastante, parece que essa ligação com essas pessoas sabe, me fortalece muito”.

**G** – “... pensar na presença de Deus e Nossa Senhora, em pensamento é claro, e isso é automático, qualquer situação difícil dentro do consultório”.

## **4 - Cuidados pessoais**

Os cuidados pessoais são compreendidos como a atenção que a terapeuta direciona para sua saúde física e psicológica que reflete na qualidade de seu trabalho.

### **4.1 - Terapia pessoal(E, G, J, M, O, P e S)**

**M** – “Então eu tenho a minha terapeuta de quinze em quinze dias eu estou lá certinho, porque às vezes a pessoa fala coisa que meche com a sua moral, com seus costumes, com o que você traz da sua família”.

**S** – “... eu voltei a fazer terapia e fiquei três anos e meio em terapia novamente, eu penso que o que devemos fazer enquanto terapeutas é fazer terapia de tempos em tempos é buscar um espaço para “limpar”, resolver e não acumular as questões pessoais”.

#### **4.2 - Cuidados físicos(B, C, E, M, L e R)**

**M** – “– [...], vou para a academia [...], ou eu saio daqui e vou fazer uma caminhada, então eu sempre tenho uma roupa de ginástica dentro do meu carro”.

**L** – “... quando vem um cliente e às vezes eu estou cansada, e ele está na agenda eu não vou desmarcar, e aí ele vem então eu chego mais cedo, como sempre, e sento e faço algumas posições de *yoga*, eu vou fazer um relaxamento na maca”.

#### **5- Formação intelectual/conhecimento (A, B, D, F, H, J, L, N, O, P, R e T)**

São relatos sobre estudos pessoais, cursos de aprimoramento e formação profissional, leituras e subsídios que ajudam no desenvolvimento e resultados positivos nos atendimentos clínicos.

**B** – “... como profissional você tem que estar sempre estudando, buscando outros cursos, então assim, mas o que for ao meu alcance para eu ter uma qualidade de vida, para eu possa ter subsídios para que eu possa ajudar o próximo, com certeza a gente busca mesmo”.

**D** – “... você vai recorrer a literatura para você buscar uma forma de você se apoiar melhor, porque eu acho que conhecimento te ajuda na questão da segurança. Então quando eu vejo, quando eu busco na literatura, que eu vou ler mais, que eu vou buscar mais, e aí eu fico mais segura, mais tranqüila”

**L** – “Eu comecei uma formação, uma pós-graduação, em terapia de casais e família, e aí incluí terapia e adolescência, para dar um suporte nessa área que para mim meche muito comigo. Tenho feito alguns mini-cursos, palestras na área da terapia corporal,

então eu estou buscando recursos para estar enxergando dentro da minha prática, que possa esta melhorando minha atuação”.

## **6 - Orientação profissional/supervisão (E, I, J, M, O, P e R)**

Compreende o relato sobre o recurso utilizado pelas terapeutas mediante casos clínicos difíceis, dúvidas e situações inesperadas nos atendimentos.

**M** – “... liguei para uma professora minha que me dava supervisão na faculdade, depois de elaborar, de passar pelo susto eu consegui atender outras pessoas e ele inclusive continuou em terapia”.

**R** – “Nos casos extremos, nos casos mais difíceis eu recorro à supervisão...”.

## **7 - Apoio Social**

Esta categoria compreende o relato das terapeutas sobre o apoio de caráter social importante para sua profissão. Foi referida a família, colegas da mesma área profissional, frequência em alguma instituição de cunho religioso e lazer.

### **7.1 - Família(A, B, C, D, F, G, H, I, L, O, P, Q, R e T)**

**D** – “... a minha rede familiar é muito forte e sempre foi, são pessoas que sempre estiveram comigo em todos os momentos, então eu sinto que isso me fortalece e eu vejo que eu acabo levando isso mesmo para o consultório.”

**H** – “Então isso para mim é fundamental, saber que eu posso chegar e dizer: “que bom que eu estou em casa, eu meu povo”. A minha relação com meu marido é uma relação muito rica, eu gosto de fazer coisas com ele, não é aquela coisa chata, forçada”.

## **7.2 - Apoio de colegas de profissão(E, F, J, P, R e T)**

**E** – “... essas pessoas me mostraram um outro lado, outra forma de ver, comparava a minha experiência com a do outro, e ver que a experiência do outro, e ver que essa experiência me fortaleceu.”

**F** – “E tem também um contato com outros amigos, colegas na mesma área da psicologia, e que você vê que tem problemas semelhantes, que também ajuda de certa forma a aliviar a tensão...”.

**T** – “nós tínhamos colegas de profissão e nós conversávamos muito sobre esses casos e com isso nós conseguíamos trabalhar”

## **7.3 - Religiosidade(B, C, D, E, I, M, N e P)**

**G** – “... nós somos católicos, então a igreja e as atividades que desenvolvo lá ficam sendo meus maiores suportes mediante as dificuldades”.

**N** – “A Igreja é algo que me atrai, não é especificamente para minha profissão, mas se eu acredito em alguma coisa eu acho que também se relaciona a minha profissão, eu gosto de ir à missa, por exemplo, eu acho uma delícia”.

## **7.4 - Lazer(A, D, H, M, N, O, Q e S)**

**Q** – “Olha, uma coisa que eu gosto muito é de sentar com meus amigos, tomar uma cerveja, fumar um cigarro, comer um churrasco, contar muita piada e esquecer assuntos relacionados a trabalho”.

**S** – “Eu acho que o lazer, ir a uma festa, cinema, viajar, ir a um clube, várias coisas que são prazerosas. Eu gosto muito de dançar, então eu saio para dançar e isso me alivia do estresse”.

## Discussão

Dificuldades técnicas na atuação ou em como intervir adequadamente podem estar relacionadas a possíveis erros na interpretação ou manejo da sessão (Banaco, 1997). Oliveira (2006) faz referência, como causa destas dificuldades, a falta de consciência do terapeuta sobre aspectos importantes na relação terapeuta-cliente. Problemas no manejo das sessões podem acarretar sentimentos de impotência e incompetência profissional, segundo a fala da terapeuta “E”. Banaco (1993) relata vivência de sentimentos de medo quando percebe que ultrapassou seu limite profissional.

Os comportamentos negativos do cliente podem ser relacionados ao que Sanzovo e Coelho (2007) designaram de agentes estressores internos. São situações internas à sessão, proporcionadas por clientes e vivenciadas pelas terapeutas, como: preocupações com determinados clientes, vivências de oscilações de humor, etc. As maiores incidências de fatores de risco, de acordo com os resultados das entrevistas, são provenientes de determinados comportamentos de clientes, emitidos durante ou fora das sessões. Os clientes podem proporcionar o que para Wielewiski, Silveira e Costa (2007) são situações difíceis para os profissionais. As dificuldades podem surgir por causa de exigências excessivas de clientes (ex. terapeutas “F” e “J”) ou por clientes que não colaboram com o tratamento (ex. “E” e “H”). Para Hartl e cols. (2007) são comportamentos inadequados que podem dificultar o trabalho do terapeuta. Os fatores de risco mais intensos para as terapeutas são de agressões e ameaças sérias de clientes durante os atendimentos (ex. terapeutas “E”, “M” e “S”) e ainda de clientes com atitudes intrusivas fora das sessões (ex. terapeuta “D”). Estes fatores de risco estão

relacionados a vivências de significativo sofrimento profissional e pessoal do terapeuta. Pois nesta parte dos dados pode-se notar que as terapeutas relataram vivências de sentimentos aversivos como raiva, medo e chateação.

É umas das particularidades da psicologia clínica o atendimento de clientes com transtornos psiquiátricos ou psicológicos. Características de clientes com transtornos específicos são causas de forte impacto emocional para o profissional. Atender clientes com diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*, por exemplo, é algo desgastante para a pessoa do terapeuta (Souza, 2006). Sentimentos de angústia, medo e até de repugnância estiveram presentes nas verbalizações das terapeutas (ex. terapeutas “R”, “O” e “Q”).

Determinados fatores de risco para os terapeutas que são considerados como intrínsecos ao campo profissional da psicologia clínica. São referidos por Sanzovo e Coelho (2007) como agentes estressores externos, que estão relacionados a situações externas à sessão terapêutica, mas que atrapalham o trabalho do terapeuta como: problemas financeiros, problemas com familiares de clientes, etc. De forma semelhante, as terapeutas entrevistadas mencionaram sobre problemas financeiros e dificuldades com parentes próximos do cliente. Chama a atenção o relato da terapeuta “N” que menciona sofrer situação “extremamente traumatizante” devido a ameaças e comportamento agressivo de um familiar de cliente. Compreendemos, a partir da literatura referida, que episódios como esses são considerados como inerente ao exercício profissional da psicologia clínica, mesmo que ainda sua ocorrência seja rara.

Existem adversidades que interferem no trabalho do terapeuta que são oriundos de seu cotidiano (Yalom, 2006), que também podem ser referidos como agentes estressores externos, ainda segundo a categorização de Sanzovo e Coelho (2007). Um exemplo é

tomado da verbalização da terapeuta “A” que relata não ter condições de atender sua cliente naquele momento por ter sido seu carro roubado.

As terapeutas, nesta primeira parte da entrevista, não relataram passar por sintomas de forte estresse, como síndrome de *Burnout*, de acordo com conceituação de Abreu e cols. (2001); Rupert e David (2005) e Wicks (2008). Também não mencionaram a vivência de problemas de saúde sérios, decorrentes do trabalho clínico, segundo a visão de Guy (1987); Dunkley e Whelan (2006) e Miller (2004) ou vivência de problemas interpessoais significativos (Norcross & Guy Jr. 2007).

Em se tratando de fatores de proteção, as atitudes e características das terapeutas, mediante o trabalho clínico, indicam reações positivas frente aos fatores de risco e adversidades profissionais. O amor à profissão (ex. terapeuta “T”) é fator motivador para o enfrentamento de dificuldades. Os valores pessoais provenientes de experiências familiares da terapeuta revelam suas características de personalidade que beneficiam o trabalho clínico (ex. terapeuta “B”). O reconhecimento de limites, como profissional, indica virtudes pessoais necessárias a um terapeuta, como a humildade (ex. terapeuta “K”). A proximidade emocional com o cliente, ou auto-revelação, é uma atitude positiva que, para alguns terapeutas, beneficia o trabalho terapêutico (ex. terapeutas “A” e “P”). As terapeutas, como “B” e “R” buscam no cuidado com o cliente um caminho para resultados positivos e superação de adversidades.

Sabedoria e lições de vida são conseqüências positivas proporcionadas por vivências profissionais e história de vida. A história de vida do cliente pode ser fonte de aprendizado para o terapeuta (ex. terapeuta “K”, “O”, “Q” e “T”). O acúmulo de conhecimento e vivências profissionais pode ser fator de proteção que proporciona manejo efetivo de situações adversas e preparo para desafios no futuro.

As duas primeiras categorias que substanciam os fatores de proteção, a saber: atitudes e características, sabedoria adquirida e vivências profissionais das terapeutas, são semelhantes aos conceitos na literatura referida: Radeke & Mahoney (2000); Benjamin (2001); Fodor (2001); Goldfried (2001); Wolfe (2001) e Yalom (2006) e nas entrevistas sobre experiências profissionais de terapeutas eminentes de Kottler e Carlson (2005). Tais categorias, semelhantes a conceitos da literatura de psicologia, indicam que são fatores de proteção comuns à prática terapêutica.

Os cuidados pessoais são outras fontes significativas de resiliência do terapeuta, pois além funcionarem como fatores de proteção no trabalho, auxiliam no bem estar e saúde do mesmo. Um cuidado pessoal importante, seja durante os atendimentos, seja na vida cotidiana é a prática de *mindfulness*, tida como recurso profissional e pessoal (Linehan, 2003; Vandenberghe & Souza, 2006; Wicks 2008; Snyder & Lopes, 2009). Essa observação de si mesmo e do contexto imediato foi relatada pela maioria das terapeutas em suas práticas clínicas (ex. terapeutas “A”, “F”, “G”, “J” e “Q”) como forma de conscientização do momento presente e manejo adequado da sessão terapêutica. A espiritualidade, semelhante à prática de *mindfulness*, é para as terapeutas um recurso de auxílio para os atendimentos clínicos (ex. terapeutas “D” e “G”). De acordo com Benjamin (2001), Baker (2002), Safra (2005), Yalom (2006), Norcross & Guy Jr. (2007) o cultivo da espiritualidade se faz necessário para o sentido do trabalho do terapeuta.

A terapia pessoal é enfatizada na literatura referida (Guy, 1987; Otero, 2001; Elliott & Partyka, 2005; Laireiter & Willutzki, 2005; Lasky, 2005; Padilha, 2005; Yalom, 2006; Norcross & Guy Jr., 2007) pela sua importância como fonte de ensino e crescimento profissional. A terapia pessoal funciona para o terapeuta como um tipo de

“recuso tradicional” para alívio do estresse proveniente do trabalho e fonte de auto-conhecimento (ex. “M” e “S”). Os cuidados físicos, além da terapia pessoal, são relatados pelas terapeutas como outra forma de alívio das tensões provenientes do trabalho clínico (ex. “M” e “L”).

A busca de formação intelectual e conhecimento, segundo a terapeuta “B” é uma forma de alcançar qualidade de vida, para a terapeuta “D” é uma ajuda para segurança nos atendimentos e para a terapeuta “L” como forma de melhorar a sua prática clínica. O estudo pessoal e a formação profissional como fator de resiliência para terapeutas são referidas na literatura por Guy (1987); Rhoads, (2001); Miller (2004); Pope, Sonne e Greene (2006); Newman (2007); Norcross e Guy Jr. (2007) e Wicks (2008).

Semelhante à busca de formação intelectual e conhecimento, as terapeutas procuraram supervisão e orientação como apoio mediante casos difíceis (ex. terapeutas “M” e “R”). Alguns autores enfatizam a importância da supervisão na vida profissional do terapeuta (Guy, 1987; Tavora, 2002; Moreira, 2003; Zaslavsky, Nunes e Eizirik, 2003; Kohlenberg & Tsai, 2004; Aveline, 2005; Tracey, 2006; Souza & Vandenberghe, 2007). O apoio de um supervisor ou orientador pode ser fator de proteção para o terapeuta, pois pode auxiliá-lo no sentido de evitar problemas, sanar dúvidas e direcioná-lo em um caminho mais efetivo para o trabalho terapêutico.

Para autores como Guy (1987); Norcross e Guy Jr. (2007) e Stevanovic e Rupert (2009) o relacionamento com familiares próximos, o apoio e a reciprocidade com os mesmos é fundamental como recurso positivo para o trabalho do terapeuta. Das 20 terapeutas entrevistadas 14 relataram buscar na família um suporte que fortaleça o trabalho, de acordo com o exemplo da terapeuta “D”, e para a terapeuta “H”, estar junto da família é uma forma de descanso depois do trabalho.

O apoio de colegas de profissão, também mencionados por Guy (1987) e Norcross e Guy Jr. (2007) são importantes para o compartilhamento de experiências profissionais e como forma de alívio (ex. terapeutas “E” e “F”). Mais um fator, emergido nas entrevistas, é o vínculo da terapeuta a instituições religiosas. Para Banaco (2001) e Vandenberghe, (2005) podem funcionar como suporte nos atendimentos e na vida pessoal do terapeuta. Segundo o relato da terapeuta “G” as atividades que ela desenvolve na igreja são seus maiores suportes mediante dificuldades, e para a terapeuta “N” é algo que a atrai e se relaciona a sua profissão. Outro fator presente na vida de algumas terapeutas são momentos de lazer, que para Wicks (2008) funciona como fator de proteção. A terapeuta “Q” fala sobre interagir com amigos, e para a terapeuta “S” lazer é sair para se divertir.

As terapeutas relataram mais recursos de proteção do que vivência de adversidades provenientes dos fatores de risco. De forma semelhante, a literatura de auxílio profissional e pessoal apresenta mais conteúdos, como por exemplo, nas obras de específicas sobre cuidados profissionais Guy (1987), Norcross e Guy Jr., (2007), e resiliência do terapeuta Wicks (2008). As terapeutas relataram sobre suas vivências profissionais descrevendo situações ou fatores semelhantes à literatura mencionada nesta pesquisa. A formação acadêmica e a própria natureza do trabalho de atendimento clínico, que é de ajudar pessoas em sofrimento, pode justificar a maior prevalência de relatos sobre recursos resilientes.

É necessário ressaltar que os fatores que levam o terapeuta a ser uma profissional resiliente podem ter origem em sua história de vida que, por vezes, pode vir a ser marcada por situações de superação de sofrimento. Os exemplos de vida de Seligman e sua visão otimista de psicologia (Walsh, 2005), o relato de Steven Hayes

sobre como ele mesmo fez para superar seus problemas de saúde e elaborar um tipo de terapia baseada na aceitação, vida de superação, e competência de Freudenberg que desenvolveu o conceito de *burnout* (Canter & Freudenberg, 2001) e os atributos pessoais de Rutter que refletiram em sua carreira profissional (Kolvin, 1999).

Pesquisas futuras poderiam abordar relações entre essas categorias apresentadas nos resultados da presente pesquisa. Algumas possibilidades são: (1) “Dificuldades técnicas na atuação” podem estar em função de (2) “Comportamentos negativos de clientes” e/ou proporcionadas por (3) “Características de clientes”. Sobre a resiliência do terapeuta, as categorias organizadas podem seguir o mesmo princípio de relações que é apresentado no parágrafo acima. Por exemplo: (3) “Recursos pessoais da profissional” podem estar relacionando com (1), que são “Atitudes e características da terapeuta em seu trabalho”. Outras relações são possíveis: (5) “Formação intelectual/conhecimento” pode ser fortalecida por (6) “Orientação profissional/supervisão”.

A compreensão da *American Psychological Association* - APA (2009) de resiliência como um processo que pode ser construído e desenvolvido na vida do ser humano pode ser uma fonte de idéias para a formação acadêmica de estudantes nos cursos de psicologia, futuros profissionais que naturalmente terão contato com adversidade e/ou fatores de riscos. Além disso, podem se transformar em propostas de novos estilos de vida e cuidados com a saúde para psicólogos clínicos e ainda em aprimoramento e suporte para o trabalho terapêutico. Nesse sentido, as recomendações da APA (2009) como: fazer contatos sociais, aceitar a mudança como parte da vida, estabelecer metas, buscar autoconhecimento, atitude positiva e auto-cuidados, etc. são essenciais para a vida do psicólogo clínico.

## Considerações finais

Respondendo às questões do presente estudo e em concordância com a literatura referida, os fatores de risco podem interferir negativamente na vida e no trabalho das terapeutas. Estas sentiram o impacto das adversidades, mas não sucumbiram ou abandonaram a profissão. Por outro lado, os fatores de risco podem ser motivos de aprendizagem e crescimento para essas profissionais. Os fatores de proteção funcionam como conjunto de recursos que proporcionam a resiliência das terapeutas, ou seja, são condições para o manejo e superação de dificuldades no trabalho clínico. Além do mais, uma terapeuta resiliente pode influenciar positivamente seu cliente e alcançar resultados efetivos em seu trabalho, e ao mesmo tempo, assegurar a si mesmo saúde e qualidade de vida pessoal.

Em função da imprevisibilidade do surgimento de alguns fatores de risco, como agressão de cliente ou problemas da vida do cotidiano da terapeuta, a idade, tempo de atuação e abordagem parecem não influenciar, a princípio. Os fatores de resiliência são singulares a cada terapeuta. Deve-se considerar ainda, nesse sentido, que uma amostra de 20 psicólogas não é suficiente para que fatores de risco e de proteção sejam diretamente relacionados a variáveis pessoais e profissionais para justificar diferenças qualitativas.

Necessário reconhecer as limitações do método de coleta de dados escolhido para esta pesquisa, como o número baixo de profissionais entrevistadas, considerando a complexidade do tema proposto. Outra limitação vem da possibilidade de haver omissão ou esquecimentos nas respostas das psicólogas, principalmente no que se refere

aos fatores de risco. Também o tempo de entrevista pode não ter sido suficiente para que mais dados pudessem emergir para serem organizados em novas categorias.

Os estudos de textos da literatura afim e os dados emergidos nas entrevistas da presente pesquisa, motivaram o levantamento de hipóteses e questionamentos, que podem ser importantes para futuras pesquisas, como: quais são os fatores de risco que mais surgem no exercício profissional do psicólogo clínico contemporâneo? Quais as diferenças de gênero, entre os profissionais da psicologia, que indicam resiliência no trabalho? Quais os aspectos da família do psicólogo clínico que interferem em seu trabalho como terapeuta? Quais são os terapeutas, em termos de abordagem teórico/prática, que mais valorizam o auto cuidado?

Os fatores de risco podem ser subestimados pelo próprio psicólogo em seu exercício profissional, quando o mesmo apresenta um estado de “inconsciência” ou desatenção às situações difíceis e aversivas nos atendimentos (Oliveira, 2006). As informações da literatura e dos dados emergidos sugerem que terapeutas iniciantes deveriam ser alertados sobre a ocorrência de prováveis mudanças em suas vidas, devido à complexidade do trabalho, e serem encorajados a ter cuidados pessoais e estabelecer redes de apoio uns para os outros (Radeke & Mahoney, 2000).

O trabalho de psicologia clínica é necessário e importante para a sociedade contemporânea. Muitas pessoas, em virtude dos mais variados tipos de sofrimento, procuram ajuda terapêutica. Existem centenas de livros técnicos e manuais que classificam os problemas psicológicos e indicam os tipos de tratamento mais adequados e aceitos pela comunidade científica. Então, é ensinado ao estudante de psicologia a ter um “olhar terapêutico”, quase que somente, para os problemas psicológicos das outras pessoas: os clientes. Os cursos de graduação e de aprimoramento justificam tal atitude

como dever do terapeuta e ofício da profissão. Para o terapeuta basta terapia pessoal como recurso de cuidado pessoal e leitura da teoria (abordagem) correspondente à sua prática.

Indo além da formação acadêmica e da atuação profissional convencional, se faz necessário que o terapeuta lance um olhar para si mesmo, para sua saúde e bem estar e aprenda, cada vez mais, cuidar melhor de si mesmo em prol da qualidade de sua vida e da dos clientes que atende. Nesse sentido, os trabalhos que abordam temas como a relação terapeuta-cliente, as dificuldades do terapeuta na profissão, seu desenvolvimento e mudanças como profissional, etc., são importantes como matéria de aprimoramento científico, além do reconhecimento desse profissional perante as demandas sociais.

Enquanto a literatura inclui cada vez mais a pessoa do terapeuta com suas emoções, sensibilidades e forças na conceitualização do processo terapêutico. Há também, necessidade de entender como esse profissional supera os desafios do processo terapêutico e como cresce com as adversidades surgidas nesse processo. Quando as abordagens psicoterápicas atuais consideram o terapeuta, incluindo suas falhas e erros como ingredientes essenciais do processo (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Ktzow & Safran, 2007) então será necessário entender como a experiência terapêutica molda esta pessoa. A vivência profissional que torna esta pessoa um terapeuta, neste sentido, deve ser melhor compreendida, se almejamos levar esta conceitualização a sério. Esperamos que o presente trabalho tenha contribuído com algumas peças do quebra cabeça.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A., Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22(2), 22-29.
- American Psychological Association (2008). *The Road to Resilience*. Retirado no dia 29/06/2008, do website [http://apahelpcenter.org/dl/the\\_road\\_to\\_resilience.pdf](http://apahelpcenter.org/dl/the_road_to_resilience.pdf)
- Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164.
- Baker, E. K. (2002). *Caring for ourselves: a therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington DC: American Psychological Association.
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R. A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiência de vida. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, vol. 2, (pp. 169-176). Santo André: ARBytes.
- Banaco, R. A. (2001). Religião e Psicoterapia. *Fragmentos de Cultura*, 11(1), 55-64.

- Barlach, L. (2005). *O que é resiliência humana? Uma contribuição para o conceito*.  
Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Benjamin (2001). A developmental History of a Believer in History. In M. R. Goldfried  
(Org.), *How therapists change: personal and professional reflections*. (pp. 19-35).  
Washington DC: American Psychological Association.
- Boff, L. (2001). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro:  
Sextante.
- Castro, M. A. C. D. (2001). Revelando o sentido e o significado da resiliência na  
preparação de professores para atuar e conviver num mundo em transformação. In  
M. A. M. Yunes, H. Szymanski, A. M. S. Pereira, H. Ralha-Simões & M. A. C. D.  
Castro (Orgs.), *Resiliência e Educação*. (pp. 115-125). São Paulo: Cortez Editora.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In J. A. Smith. *Qualitative Psychology. A  
Practical Guide to Research Methods*. (pp. 47-78). Sage Publications: London.
- Canter, M. B., & Freudenberg, L. (2001). *Herbert J. Freudenberg (1926-1999)*.  
*56*(12), 1171.
- Dunkley, J. & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: current status and future  
directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, *34*(1), 107-116.
- Elliot, R. & Partyka (2005). Personal therapy and growth in experiential-humanistic  
therapies. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Orgs.), *The  
psychotherapist's own psychotherapy* (pp. 34-51). Oxford: OxfordUniversity  
Press.

Fensterheim, H. (2001). The personal autobiography of a behavior therapist. In M. R. Goldfried (Org.), *How therapists change: personal and professional reflections*. (pp. 105-122). Washington DC: American Psychological Association.

Flash, F. (1991). *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.

Fodor, I. E. (2001). Making meaning of therapy: a personal narrative o change over 4 decades. In M. R. Goldfried (Org.), *How therapists change: personal and professional reflections*. (pp. 123-146). WashingtonDC: American Psychological Association.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1989).Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Furtado, N. R. (2009). Como dizer não. In N. R. Furtado (Org.), *Limites: entre o prazer de dizer sim e o dever de dizer não* (pp. 153-159). Porto Alegre: Artmed.

Garcia, N. M. & Yunes, M. A. M. (2006). Resiliência familiar: baixa renda e monoparentalidade. Em D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller & M. A. M Yunes (Org(s)), *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco a proteção*. (pp. 45 – 68). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Goldfried, M. R. (2001). Introduction: the evolution of therapists. In M. R. Goldfried (Org.), *How Therapists Change: Personal and Professional Reflections* (pp. 3-16). Washington, DC. American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert, & R. Leahy (Orgs), *The therapeutic Relationship in the*

*cognitive behavioral psychotherapies.*(pp. 43- 62). London and New York: Routledge.

Grotberg, E. H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. Em A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 15-22). Porto Alegre: Artmed.

Grunspun, H. (2006). *Criando filhos vitoriosos: quando e como promover a resiliência*. São Paulo: Atheneu.

Guy, J. D. (1897). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Hartl, T. L. & Cols. (2007). Clients' Sexually Inappropriate Behaviors Directed Toward Clinicians: Conceptualization and Management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 674–681.

Hayes, S. C. (2006). Não fuja da dor. Retirado no dia 05/03/2009, do website <http://veja.abril.com.br/010306/entrevista.html> .

Kabat-Zinn (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.

Katzow, A. W. & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In P. Gilbert, & R. Leahy (Orgs), *The therapeutic Relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. (pp. 90-104). London and New York: Routledge.

- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETEC.
- Kolvin, I. (1999). The contribution of Michael Rutter. *The British Journal of Psychiatry*, 174(6), 471-475.
- Kottler, J. A., & Carlson, J. (2005). *The Client Who Changed Me: stories of therapists personal transformation*. New York: Routledge.
- Libório, R. M. C., Castro, B. M. & Coelho, A. E. L. (2006). Desafios metodológicos para a pesquisa em resiliência: conceitos e reflexões críticas. Em D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller & M. A. M Yunes (Org(s)), *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco a proteção*. (pp. 45 – 68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderlines personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Melillo, A., Estamatti, M. & Cuestas, A. (2005). Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In A. Melillo & E. N. S. (Orgs.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. (pp. 59- 70). Porto Alegre: Artmed.
- Melillo, A. (2005). Resiliência e educação. In A. Melillo & E. N. S. (Orgs.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. (pp. 87-102). Porto Alegre: Artmed.

- Miller, L. (2004). Psicoterapeutas traumatizados. In F. M. Dattilio, & A. Freeman (Orgs), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. (pp. 350-363). Porto Alegre: Artmed.
- Moraes, E. & Figlie, N. B. (2004). Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In N. B. Figlie, B. Selma & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química*. (pp. 321-337). São Paulo: Rocca.
- Moreira, S. B. S. (2003). Descrição de Algumas Variáveis em um Procedimento de Supervisão de Terapia Analítica do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), pp. 157-170.
- Masten (2001). Ordinary Magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult-to-engage clients. In P. Gilbert, & R. Leahy (Orgs), *The therapeutic Relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. (pp. 165-184). London and New York: Routledge.
- Norcross, J. C., & Guy Jr., J. D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self-care*. New York and London: The Guilford press.
- Oliveira, J. A. (2006). *Os efeitos de episódios aversivos sobre a pessoa do terapeuta: uma exploração da relação terapêutica*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Católica de Goiás. Goiânia.

- Otero, V. R. L. (2001). Psicoterapia pessoal na psicoterapia comportamental. In Rangè B. (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 353-355). Campinas: Livro Pleno.
- Padilha, M. T. M. (2005). Supervisão: o ato da palavra. *Estudos de Psicanálise*, 28, 103-110.
- Pagotti, A. W. (2001). Reflexões sobre a abordagem psicanalítica da manifestações religiosas. *Fragmentos de Cultura*, 11(1), 65-76.
- Paludo, S. & Koller, S. H.(2006). Psicologia Positiva, emoções e resiliência. Em D. D. Dell’Aglio, S. H. Koller & M. A. M Yunes (Org(s)), *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco a proteção*. (pp. 45 – 68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J., Santos, N. C., Malaquias, J., & Carvalhães, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Pierson, H. & Hayes, S. C. (2007). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert, & R. Leahy (Orgs), *The therapeutic Relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. (pp. 205-228). London and New York: Routledge.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 67 – 75.
- Pinkerton, R. (2008).I apologize for begin late: The courteous psychotherapist. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 273–277.

- Polleto, M. & Koller, S. H. (2006). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. Em D. D. Dell’Aglío, S. H. Koller & M. A. M. Yunes (Org(s)), *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco a proteção*. (pp. 45 – 68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pope, K. S., Sonne, J. L. & Greene, B. (2006). *What Therapists Don’t Talk About and Why: Understanding taboos that hurt us and our clients*. WashingtonDC: American Psychological Association.
- Radeke, J. T. & Mahoney, M. J. (2000). Comparing the Personal Lives of Psychotherapists and Research Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82-84.
- Rhoads, J. M. (2001). A therapist’s Journey. In M. R. Goldfried (Org.), *How Therapists Change: Personal and Professional Reflections* (pp. 55-66). Washington, DC. American Psychological Association.
- Rupert, P. A. & David M. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional psychology, research and practice*, 36(5), 544-550
- Rupert, P. A., Stevanovic, P. & Hunley, H. A. (2009). Work–Family Conflict and Burnout Among Practicing Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (1), 54–61.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 143-153.

- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento de crianças e adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-210.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, A. C. A. (2006). *O impacto na pessoa do terapeuta do atendimento a pacientes Borderlines*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Católica de Goiás. Goiânia.
- Souza, M. T. S. & Cervený, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista interamericana de Psicologia*, 40, (1), 119 – 126.
- Souza, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes *Boderlines*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IX(1), 1-11.
- Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2009). Work–Family Spillover and Life Satisfaction Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, (1), 62-68.
- Swales, M. A. & Heard, H. L. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. In P. Gilbert, & R. Leahy (Orgs), *The therapeutic Relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. (pp. 185-204). London and New York: Routledge.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação*.(pp. 43-76). São Paulo: Cortez Editora.

- Tavora, T. M. (2002). Um modelo de supervisão clínica na formação do estudante de psicologia: a experiência da UFC. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 121-130.
- Tracey, M. D. (2006). More effective supervision. *Monitor on psychology*, 37(3), 48-50.
- Valle, J. E. R. (2005). Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In M. M. AmatuZZi (Org.), *Psicologia e espiritualidade*. (pp. 83-108). São Paulo: Paulos.
- Vandenberghe, L. (2005). Religião, espiritualidade, FAP e ACT. In H. J. Guilhardi & C. Aguirre, *Expondo a variabilidade*. (pp. 323-336). São Paulo: Santo André.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. São Paulo: Roca.
- Wielewicki, M. G., Silveira, J. M. & Costa, C. E. (2007). Problemas enfrentados por terapeutas analítico-comportamentais em sua prática clínica. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 61-68.
- Wicks, R. J. (2008). *The resilient clinician*. Oxford. University Press.
- Wolf, B. E. (2001). The integrative experience of psychotherapy integration. In M. R. Goldfried (Org.), *How therapists change: personal and professional reflections*. (pp. 289-311). Washington DC: American Psychological Association.
- Yalom, Y. (2006). *Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Young (1855). *Miscellaneous Works*. Retirado no dia 07//02/2009, do website <http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&q=Thomas+young++Resilience&btnG=Pesquisar&meta=>

- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75 – 84.
- Yunes, M. A. M. (2006). Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. Em D. D. Dell’Aglío, S. H. Koller & M. A. M. Yunes (Org(s)), *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco a proteção*. (pp. 45 – 68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação*. (pp. 13-42). São Paulo: Cortez Editora.
- Zaslavsky, J., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2003). A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. *Revista de Psiquiatria*, 15(2), 297-309.
- Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: ethical and clinical explorations*. Washington DC: American Psychological Association.

**Anexos**

## **Anexo 1**

### **Roteiro de entrevista**

1. Quais foram as situações de dificuldades, adversidades ou riscos vivenciadas no trabalho de psicologia clínica?
2. Como essas adversidades repercutiram em seus atendimentos? (consequência das adversidades e riscos vivenciados)
3. Quais são os fatores que ajudaram ou ajudam a lidar ou superar as adversidades ou fatores de risco surgidas no trabalho clínico? (fatores de proteção)
4. Informações adicionais

## Anexo 2

### Documento de consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de psicoterapeuta, concordo em participar de projeto de pesquisa intitulado *Resiliência do Terapeuta Frente às Adversidades Inerentes a Atuação Profissional*, coordenado pelo aluno Artur Vandr  Pitanga, mestrando em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, e por seu orientador Prof  Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe.

O objetivo desse projeto   identificar quais fatores promovem a resiliência do psicólogo clínico frente a situa es aversivas e estressoras inerentes ao trabalho psicoterapêutico. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para o desenvolvimento de uma rela o terapeuta-cliente mais eficaz e um meio de promo o de qualidade de vida e de trabalho para o terapeuta em exercício profissional.

A colabora o neste projeto de pesquisa deve envolver, de minha parte:

1. Assinatura do presente consentimento em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder;
2. Participa o na entrevista;
3. Permissão da observa o e transcri o das fitas contendo as minhas impressões sobre as respostas;
4. Autoriza o para que os dados dessa pesquisa sejam analisados pelo autor do projeto e por seu orientador;
5. Autoriza o para a divulga o dos resultados da pesquisa em publica es e apresenta es científicas, desde que meus dados pessoais, assim como dos meus clientes e qualquer outra informa o que permita nossa identifica o, sejam omitidos.

Poderei interromper minha participa o nesta pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar.

Goiânia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Psicoterapeuta participante

\_\_\_\_\_  
Mestrando Artur Vandr  Pitanga

CRP 09/004501