

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

**FONTES DE ESTRESSE OCUPACIONAL, *COPING* E RESILIÊNCIA
EM PSICÓLOGAS CLÍNICAS NO AMBIENTE DE CONSULTÓRIO.**

Luciana Roncato

**Goiânia - Goiás
Dezembro de 2007**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

**FONTES DE ESTRESSE OCUPACIONAL, *COPING* E RESILIÊNCIA
EM PSICÓLOGAS CLÍNICAS NO AMBIENTE DE CONSULTÓRIO.**

Luciana Roncato

Orientador: Dr. Luc Vandenberghe

Co-orientadora: Dr(a). Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Goiânia - Goiás
Dezembro de 2007**

SUMÁRIO

Resumo	iv
Abstract	v
1. Introdução	01
2. Objetivos	02
2.1. Objetivo Geral	02
2.2. Objetivo Específicos	02
3. Justificativa	03
4. Revisão Bibliográfica	04
4.1. Estress e Estressores	04
4.2. Síndrome de Burnout	06
4.3. Resiliência	09
4.4. Coping	15
4.5. O Profissional Psicólogo	18
4.6. Dificuldades no Exercício Profissional	20
5. Materiais e Método	23
5.1. Opções Metodológicas	23
5.2. Amostragem Teórica	25
5.3. Materiais	26
5.4. Coletas de Dados	27
5.4.1. Análise dos Dados	27
6. Resultados	39
6.1. Perfil de Estresse	39
6.2. Categorias e Subcategorias	30
6.3. Variedade entre Participantes	43
6.4. O Discurso das Participantes na Fase de Resistência	44
6.5. O Discurso das Participantes Sem Estresse	44
6.6. Vivências Compartilhadas pelos Dois Grupos	46
7. Discussão	52
8. Conclusão	55
9. Referências Bibliográficas	57
Anexos	

RESUMO

Vários estudos têm demonstrado a importante relação entre estresse ocupacional e saúde. O presente estudo examina a adaptação de psicólogas - psicoterapeutas às características particulares do consultório como ambiente de trabalho. Participaram desta pesquisa 20 psicólogas. Foi aplicado o Inventário de

Sintomas de *Stress* de Lipp e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas questionando aspectos estressantes do ambiente de trabalho e efeitos percebidos sobre a saúde dessas profissionais. São examinados também seus esforços para lidar com demandas específicas do mesmo ambiente e os recursos que as auxiliam a superar as vivências adversas próprias do trabalho em consultório. Os resultados mostraram que 15 participantes não apresentavam sinais de estresse e 5 se encontraram na fase de resistência. As psicólogas estressadas não relataram fontes de estresse diferentes das psicólogas sem estresse, porém as não estressadas apresentaram uma maior variedade de repertórios de *coping* e fatores de resiliência. “Divertir-se” e “praticar atividade física para recarregar” foram os repertórios mais mencionados pelas profissionais sem estresse. Quanto aos fatores de resiliência destacou-se “o cultivo da família” e o “cultivo de bons relacionamentos”. Concluiu-se que a variedade de estratégias de *coping* e de fatores de resiliência estão inversamente proporcionais ao estresse ocupacional.

Palavras- chave: Estresse ocupacional, *burnout*, *coping*, resiliência.

ABSTRACT

Previous research demonstrated the effect of labor stress on health. The present study examines the adaptation of psychologists - psychotherapists to particular characteristics of the practice office as a work environment. Twenty female psychologists participated in the project. Lipp's Symptoms of Stress

Inventory was applied. Semi-structured interviews were used to identify stressful aspects of the work environment and perceived effects on health and quality of life, as well as their efforts to deal with specific demands of this environment and the resources that help them overcome the adverse experiences of work in the therapy room. The results show that 15 participants did not show symptoms of stress and 5 were in the phase of resistance. The stressed psychologists did not report different sources of stress than the non-stressed psychologists, but the non-stressed psychologists showed a greater variety of coping repertoires and of resilience factors. "Enjoying oneself" and "Practicing physical activity to recharge" were the most typically mentioned strategies among the non-stressed professionals. Their typical resiliency factors included "cultivating the family" and "cultivating good relationships". It can be concluded that the variety of coping strategies and resilience factors were inversely related to labor stress.

Keywords: *Stress occupational, burnout, coping e resilience.*

1. INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional é uma realidade observada nas mais diferentes áreas e setores do mercado de trabalho e, diferentemente do que muitos imaginam, não está restrito aos profissionais que exercem altos cargos em grandes empresas.

O presente estudo explora a relação entre estresse e saúde. Procura as origens do estresse na relação entre os recursos pessoais e as exigências psíquicas do ambiente no qual a pessoa vive.

As diferentes formas de adaptação dos indivíduos às circunstâncias adversas têm-se constituído em objeto de estudo da psicologia através de conceitos como *coping* e resiliência. Psicólogos clínicos, em particular, têm uma atuação no tratamento do indivíduo estressado, de ajudá-lo a lidar melhor com seu ambiente e a desenvolver um estilo de vida que permita superar os efeitos de vivências aversivas e a crescer com estas. Porém, neste estudo inverteu-se o olhar e perguntou-se como as psicólogas lidam com o estresse no seu ambiente de trabalho e explorou-se fatores de estresse, *coping* e resiliência nestas profissionais.

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo Geral:

Identificar como as psicólogas clínicas vivenciam e lidam com o estresse no seu exercício profissional.

2.2. Objetivos Específicos:

- (1) Identificar as fontes de estresse ocupacional durante o trabalho psicoterapêutico
- (2) Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelas psicólogas.
- (3) Identificar as fontes de resiliência com as quais essas profissionais contam.

3. JUSTIFICATIVA:

Há uma carência de pesquisas que examinem o estresse do psicólogo no seu exercício profissional, embora o profissional da saúde mental esteja, como todos os seres humanos, sujeito ao estresse da vida diária. Laliotis & Grayson (1985) afirmam que embora os psicólogos sejam peritos no tratamento de danos para pacientes com estresse, tem-se dado pouca atenção ao que significa dano para psicólogos como profissionais do cuidado da saúde.

Em teoria, psicólogos deveriam saber lidar melhor com o estresse do que outros profissionais, já que, receberam formação sobre manejo de emoções além de ter acesso à literatura sobre as dinâmicas do equilíbrio psicológico. Porém, permanece uma questão empírica por verificar, de que forma as psicólogas clínicas lidam na prática com o estresse no seu exercício profissional.

Torres & Coelho (2004), apontam para a falta de pesquisas sobre o stress do psicólogo no seu exercício profissional, observação que justifica o objetivo desta pesquisa de explorar fatores de resiliência, estresse e *coping* em psicoterapeutas / psicólogas clínicas.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

4.1. Estresse e Estressores:

No século XIV, a palavra inglesa “*stress*” teve as primeiras referências relacionadas à área biomédica significando “aflição” e “adversidade” porém seu uso era esporádico (Lazarus & Lazarus, 1994). No século XVII, o termo passou a ser utilizado para designar “opressão, desconforto e adversidade” (Spielberger, 1979). Em 1936 o endocrinologista Hans Selye usou a mesma palavra para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos. Sua ênfase era na resposta não-específica do organismo a diversas situações que o enfraquecessem ou fizessem-no adoecer, a qual ele chamou de “síndrome geral de adaptação” ou de “síndrome do estresse biológico” (Lipp, 1996).

Os estudos e as publicações sobre estresse e seus efeitos abrangem não só as conseqüências do estresse no corpo e na mente humana, mas também suas implicações mais amplas para a qualidade de vida da humanidade. Cada vez mais está se colocando ênfase nos aspectos de profilaxia do estresse excessivo, incluindo fatores sociopsicológicos, tais como a adequação da ocupação (Crandall & Perrewé, 1995), a reengenharia humana (Zeitlin, 1995), o ambiente de trabalho e também variáveis ligadas a etapas da vida humana, como gestação, infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento (Lipp, 1996). Também estão sendo abordados os efeitos das mudanças políticas e sociais, que se constituem em variáveis estressoras mais amplas e que afetam a saúde de populações (Rosch, 1996).

Estresse é uma reação do organismo, com componentes físicos e psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de uma forma ou de outra, a irrite,

amedronta, excite ou confunda, ou mesmo que a faça muito feliz (Lipp, 1996). “Tudo o que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação pode ser chamado de um estressor” (Lipp, 1996, p. 20).

Todas as alterações ambientais aversivas perante as quais o indivíduo precisa apresentar respostas de adaptação podem ser consideradas estressores. O estresse frequentemente tem se desenvolvido em função da atividade ocupacional exercida pelo indivíduo. Seeger & Van Elderen (1996, p. 213) definem o estresse ocupacional como “... o resultante da percepção entre a discordância entre as exigências da tarefa e os recursos pessoais para cumprir as tais exigências”.

As fontes de estresse são classificadas em externas e internas. As externas associam eventos que não dependem diretamente do controle do indivíduo. Já as internas estão vinculadas à pessoa e ao comportamento privado, podendo constituir-se do padrão comportamental apresentado, nível de assertividade, vulnerabilidade, entre outros (Lipp, 1996; Lipp & Malagris, 1998).

De acordo com Lipp (1989), algumas crenças e valores, desenvolvidas na infância, podem deixar a pessoa mais vulnerável ao estresse. Porém, há aquelas que podem auxiliar a pessoa a adquirir meios que facilitem no manejo do estresse e no desenvolvimento de uma boa qualidade de vida. Uma boa qualidade de vida depende tanto de fatores internos ao próprio indivíduo, como seus comportamentos e crenças, quanto de condições ambientais. Dependendo da forma como o indivíduo lida com tais fatores externos, ou seja, dependendo de como ele absorve as condições ambientais e psicossociais, numa dinâmica interação entre variáveis internas e externas, será desenvolvido um estilo de vida específico que vai determinar a qualidade de vida e saúde (Godoy, 1996).

É importante conceituar o estresse como sendo um complexo processo bioquímico, que se desenvolve através do tempo, que depende da intensidade do estressor, da duração e do efeito cumulativo criado pela ocorrência de vários estressores. De acordo com Selye (1952) o processo de estresse desencadeia-se em três fases: fase de alerta, fase de resistência e fase de exaustão. A reação de alerta, inicia-se quando o sujeito confronta inicialmente com um estressor. É nessa hora que o organismo se prepara para o que Cannon (1939) designou de “luta ou fuga”, com a conseqüente quebra da homeostase. A fase de resistência é iniciada quando o estressor é de longa duração, ou sua intensidade é demasiada para ser superada. O organismo tenta restabelecer a homeostase de uma maneira reparadora. Se o estressor é eliminado ou se técnicas de controle do estresse são bem sucedidas, o organismo se restabelece e o processo de estresse acaba. No outro caso, a exaustão psicológica ocorrerá e a exaustão física se manifestará com o conseqüente aparecimento de doenças.

Lipp (2000) identificou uma outra fase entre a resistência e a exaustão, designada de quase-exaustão. Nesta fase o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuíam uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Se não há alívio do estresse por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atinge a sua fase final, quando doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, depressão e outros.

4.2. Síndrome de *Burnout*:

Freudenberger & Richelson (1981) caracterizaram o *burnout* como um estado de fadiga causado pela dedicação excessiva e prolongada a uma causa ou pelo fato de a pessoa persistir na tentativa frustrada de alcançar um objetivo

ou preencher uma expectativa que é realisticamente impossível de ser atingida naquele momento. Quanto mais se tenta, mais o desgaste vai se desenvolvendo. Assim sendo, o resultado inevitável será um esvaziamento dos recursos do indivíduo, um desgaste de sua vitalidade da energia e da habilidade de funcionamento.

Parece haver um consenso em torno da síndrome de *burnout* poder ser caracterizada como uma resposta ao estresse ocupacional crônico, mas é importante que seus conceitos sejam mantidos distintos. O estresse pode ser visto como seu determinante, mas não coincide com o mesmo. Faber (citado em Roazzi *et al.*, 2000) explora a idéia de que *burnout* não resulta só do estresse em si, mas do estresse não mediado, do estresse não moderado, sem possibilidade de solução. Assim, apesar de compartilharem duas características – esgotamento emocional ou físico e escassa realização pessoal – *burnout* e estresse ocupacional diferem pelo fator despersonalização (Cherniss, citado em Roazzi *et al.*, 2000). O *Burnout* tem como consequência uma falta de sensibilização dirigida às pessoas com quem se trabalha, incluindo usuários, clientes e a própria organização (Codo & Vasques – Menezes, 1999). Entretanto apesar de suas particularidades, as diferenças entre os dois não são claras, o que dificulta o estabelecimento de um diagnóstico preciso e de uma relação de comorbidade.

O *burnout* pode ocorrer em diferentes profissões e em qualquer faixa etária, porém, algumas atividades profissionais estão mais sujeitas a apresentarem um alto score de *burnout*, como para profissionais que possuem um alto grau de contatos interpessoais: professores, assistentes sociais, conselheiros, médicos, telefonistas, motoristas de ônibus, e outras profissões assistenciais (Kleinman & Atoom, 1979). França (1987) afirma que o *burnout* tem

uma incidência predominante nos profissionais da área de ciências humanas, os psicólogos, por exemplo, e vários são os fatores que contribuem para isso: o contato direto com o sofrimento do outro, alta contingência de elementos imponderáveis próprios do tipo de trabalho, os laços afetivos que muitas vezes se estabelecem entre o profissional e seu cliente, jornada de trabalho inconstante e a competitividade no mercado de trabalho.

Assim a síndrome de *burnout* consiste em uma resposta ao estresse ocupacional crônico, afetando profissionais que se ocupam em prestar assistência a outras pessoas. Entre os profissionais de saúde, eventos potencializadores de estresse podem surgir dependendo do tipo de atividade exercida. Entre os fatores específicos, destacam-se: a) o manejo, por um longo período de tempo, com pessoas com transtornos mentais; b) a responsabilidade para com a vida do paciente; c) a incapacidade para estabelecer limites em suas interações profissionais e d) a atenção constante aos problemas e necessidades do paciente de uma forma não recíproca (Moore & Cooper, 1996; Rabin *et al.*, 1999).

Na sua revisão de literatura, Grafanaki *et al.* (2005) destacam que muitos autores sugerem a introdução planejada de lazer no cotidiano como uma forma de aliviar ou prevenir *burnout* em terapeutas. Pesquisas empíricas confirmam que a escolha de atividades de lazer coerentes com a personalidade do terapeuta relaciona-se positivamente com a satisfação no trabalho, saúde e bem-estar geral. E que a função de *coping* exercida pelo lazer, relaciona-se diretamente com a promoção da saúde física e a manutenção da sanidade mental. Os terapeutas que participaram dessas pesquisas empíricas indicaram que atividade física era essencial para lidar com o estresse profissional. Por outro lado, valorizaram a meditação, a solidão e o foco em si mesmo. Assim, os autores apontam uma

relação entre o aspecto de *coping* oferecida pelo lazer do terapeuta e sua vivência espiritual (Grafanaki et al., 2005).

Iwasaki et al. (2005) mencionam um grande número de estudos feitos nas duas últimas décadas que apontam a importância do lazer na promoção da resiliência e da qualidade de vida. Essas pesquisadoras identificaram entre os participantes do estudo que o lazer pode ter tanto uma função importante de *coping*, em primeiro lugar afastando temporariamente algumas fontes estressoras e em segundo “recarregando as energias”, quanto uma função de resiliência, promovendo um equilíbrio e um estilo de vida harmonioso. Porém, para que o lazer possa exercer qualquer uma dessas funções o interessado precisa criar um espaço pessoal, social, cultural e espiritual.

4.3 Resiliência:

Partindo da origem etimológica, a palavra resiliência, do latim *resilis*, significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Pela origem inglesa, *resilient* remete a idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação. Yunes (2001) refere que no dicionário da língua inglesa se encontram dois significados para o termo: o primeiro se refere à habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc. A segunda definição é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida; flexibilidade. Esta última remete-nos ao conceito original atribuído à física, que busca estudar até que ponto um material sofre impacto e não se deforma.

A definição de resiliência aplicada aos fenômenos humanos não é clara, tampouco precisa, como na física, mas considera que os fatores e as variáveis

que devem ser levadas em conta no estudo do comportamento humano são complexos e múltiplos:

Para apenas usar uma metáfora, poder-se-ia dizer que a relação tensão/pressão com deformação não-permanente do material corresponderia à relação situação de risco/estresse/experiências adversas com respostas finais de adaptação/ajustamento do indivíduo, o que ainda nos parece bastante problemático, haja vista as dificuldades em esclarecer o que é considerado risco e adversidade, bem como adaptação e ajustamento (Yunes & Szymanski, 2001, p.16).

A resiliência, segundo Garmezy (1993) é conceitualizada como a capacidade de recuperar o padrão de funcionamento após experienciar uma situação adversa, sem que, no entanto, deixe de ser atingido por ela. Esta concepção está vinculada à idéia de que o sujeito resiliente, vivendo sob uma situação adversa ao seu bem-estar, pode se curvar e perder suas forças mas se recuperar. O destaque nesta capacidade da pessoa para retornar aos padrões de comportamento habituais que possuía antes de vivenciar a situação de ameaça, pressupõe que ela funcionava relativamente bem ao se deparar com a situação adversa e somente a partir desse momento passa a ter dificuldades, mas que algo se produz, levando-a a recuperar seu funcionamento.

Ralha-Simões (2001) destaca que não se trata de uma espécie de escudo protetor que alguns indivíduos teriam, mas a possibilidade de flexibilidade interna que lhes tornaria possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa em face dos confrontos adversos com o meio exterior. Assim resiliência seria uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presente ao longo de todo o desenvolvimento humano.

O indivíduo resiliente parece de fato salienta-se por uma estrutura de personalidade precoce e adequadamente diferenciada, a par com uma acrescida abertura a novas experiências, novos valores e a fatores de transformação dessa mesma estrutura, que apesar de ser bem estabelecida, é flexível e não apresenta resistência à mudança (Ralha-Simões, 2001, p.108).

Para outros autores (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1993; Luthar *et al.*, 2000; Yunes, 2001; Trombeta & Guzzo, 2002), devem ser levadas em conta as qualidades e condições do próprio indivíduo (expectativa de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo, autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade emocional, engajamento nas atividades, comportamento direcionado para metas, habilidade para resolver problema, avaliação das expectativas como desafios e não como ameaças, boa auto-estima); o ambiente familiar favorável (qualidade das interações, estabilidade, pais amorosos e competentes, boa comunicação com os filhos, coesão, estabilidade, consistência) e também as interações positivas entre esses elementos.

De acordo com Grotberg (2001), são necessárias diferentes estratégias para promover fatores de resiliência e ter comportamentos resilientes. Ele organizou os fatores resilientes em quatro categorias diferentes: (1) o apoio das pessoas que convivem com o indivíduo e o ajudam; (2) desenvolvimento da força intrapsíquica, por exemplo, ser uma pessoa que os outros estimem; (3) desenvolvimento intrapsíquico, como exemplo, ser um indivíduo que está disposto a se responsabilizar por seus atos; (4) habilidades interpessoais e resolução de problemas, por exemplo, “eu posso falar sobre coisas que me inquietam”.

Para Werner (1995), as concepções de resiliência podem ser classificadas em três categorias: (1) a capacidade do indivíduo; da família ou da comunidade de manifestar resultados desenvolvimentais esperados, apesar dos riscos presentes no ambiente, os quais podem comprometer esse processo; (2) a manutenção de certas competências, mesmo na vigência de adversidades; (3) a capacidade do ser humano de recuperar-se das adversidades vivenciadas ao longo de sua trajetória vital. Vinay *et al.* (2000), resumem características que

estão presentes no indivíduo resiliente em termos de: habilidades cognitivas, adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento afetivo, capacidades, resistência a destruição, condutas vitais positivas, variáveis de temperamento, todas desenvolvidas durante situações de risco que lhes permitem atravessá-las e superá-las.

A adequação da condição de resiliência requer que a pessoa tenha uma adaptação positiva, apesar de estar, ou haver estado sob uma contingência de adversidade (Kaplan, 1999). O termo “adversidade” também usado como sinônimo de risco pode designar uma constelação de muitos fatores de risco, como viver na pobreza, por exemplo, ou uma situação de vida específica, como a morte de um familiar (Infante, 2005). A adversidade pode ser definida objetivamente através de instrumentos de mediação ou, subjetivamente, pela percepção de cada indivíduo (Kaplan, 1999; Luthar *et al.*, 2000).

Segundo Infante, (2005, p. 27) “A adaptação positiva permite identificar se houve um processo de resiliência”. Quando o indivíduo alcança as expectativas sociais associadas a uma etapa de desenvolvimento, ou quando não houve sinais de desajuste, pode ser considerado que houve uma adaptação positiva. É importante considerar que o conceito de “desenvolvimento normal” pode particularizar cada grupo cultural. A resiliência pode ser observada em comportamentos ou áreas específicas do desenvolvimento humano e tem outras características no decorrer de diferentes fases do ciclo da vida. (Infante, 2005).

Coerente com a concepção de processo, Cyrulnik (2001) refere-se à resiliência como um conjunto de fenômenos articulados entre si, que se desenvolvem, ao longo da vida, em contexto afetivo, social e cultural, podendo ser metaforicamente comparado com a arte de navegar em meio à tempestade. A

resiliência é uma história que se constrói cotidianamente desde o início da vida, a cada ação, a cada palavra, num longo processo que se inscreve em um contexto específico e se reconstrói de modo coletivo, no decorrer do tempo, em que o ambiente e tudo que o compõe são co-autores. A realidade em que a pessoa se encontra pode ser ameaçadora, colocando em risco a qualidade de seu viver e fazendo-a sofrer, mas ela consegue encontrar meios que a auxiliem a avançar e prosseguir. É, portanto, o caminho construído que é resiliente.

Similarmente, os autores que utilizam o conceito “família resiliente” partilham da idéia de que esta característica se constrói numa rede de relações e de experiências vividas ao longo do ciclo vital e através das gerações, capacitando a família para reagir às crises de forma positiva, superando essas dificuldades e promovendo sua adaptação de forma produtiva a seu próprio bem estar (Hawley & DeHann,1996; Walsh,1998). McCubbin & McCubbin (1993) observaram que as famílias resilientes possuem um padrão estabelecido de vínculos e flexibilidade, sendo mais capazes de administrar privações e mobilizar forças. Essas famílias são capazes de se preservar como unidades funcionantes e desenvolver suas tarefas durante a crise.

Masten & Coatsworth (1995) alertaram que o termo resiliência deve ser aplicado somente para aqueles casos em que a pessoa responde positivamente em presença de risco significativo, devendo ser evitado quando não houve essa exposição. De acordo com Cyrulnik (2001), a pessoa resiliente conserva as marcas que já enfrentou. Elas estão presentes em suas lembranças, em seus sentimentos, mas o sujeito é capaz de superar e muitas vezes crescer com a adversidade vivenciada. É importante também ressaltar que:

A resiliência se produz em função de processos sociais e intrapsíquicos. Não se nasce resiliente, nem se adquire a resiliência naturalmente no desenvolvimento: depende de certas qualidades do processo interativo do sujeito com outros seres humanos, responsáveis pela construção do sistema psíquico humano (Melillo *et al.*, 2005 p. 59).

O estudo epidemiológico realizado por Werner (1995) observou que todos os sujeitos que se tornaram resilientes tinham pelo menos uma pessoa, podendo este ser da família ou não, que os aceitaram de forma incondicional, independente de seu temperamento, aspecto físico ou inteligência. Precisavam ter alguém com quem pudessem contar, e ao mesmo tempo, sentir que seus esforços, sua competência e autovalorização eram reconhecidos e estimulados.

Segundo Masten (2001), a resiliência depende também das oportunidades e escolhas do sujeito em momentos chave da sua vida fazendo-o ver contextos positivos propícios. Então se percebeu que “a existência ou não de resiliência nos sujeitos depende da interação da pessoa com seu entorno humano” (Melillo *et al.*, 2005 p.62).

Pereira (2001) aponta que na sociedade emergente as mudanças são cada vez mais rápidas e profundas.

Uma das grandes apostas para o novo milênio será tornar as pessoas mais resilientes e prepará-las para [...] resistir a situações adversas que a vida proporciona, pelo que se torna imperioso identificar os fatores de proteção pessoais e interpessoais (Pereira, 2001, p. 87-88).

A resiliência representa um dos caminhos possíveis para que os profissionais da saúde possam trabalhar com as potencialidades dos seres humanos. Abre, ainda, uma alternativa ao conformismo a respeito da expectativa de que as pessoas que vivem em ambientes onde a pobreza, a violência e a injustiça imperam, estão condenadas à patologia. Falar de resiliência é, portanto, falar da possibilidade de quebra de previsões fatalistas (Melillo *et al.*, 2005).

4.4. Coping:

Outro conceito que expressa o interesse pelas diferentes formas de adaptação dos indivíduos a circunstâncias adversas, é o de *coping*. *Coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse (Lazarus & Folkman, 1984). Estudos de *coping* demonstram que estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas que elas não podem resolver, são importantes para reduzir os efeitos prejudiciais destas circunstâncias (Boekaerts, 1996; Compas *et al.*, 1988). Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, constituem-se em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais.

No início do século XX pesquisadores clínicos vinculados à psicologia do ego (a vertente da psicanálise mais influente nos Estados Unidos) conceberam *coping* como correlato aos mecanismos de defesa. O conceito descrevia as tentativas do ego em lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). Eventos ambientais, foram posteriormente incluídos como ameaças ao ego. Com isto o conceito de *coping* foi expandido, para incluir os mecanismos de defesa que o ego precisava para se adaptar às exigências da realidade exterior (Tapp, 1985). Assim, para esta primeira geração de pesquisadores, o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era concebido como estável, e dependendo da estrutura da personalidade em termos da predominância de mecanismos de defesa imaturos ou maduros no indivíduo.

A partir da década de 60, estendendo-se pelas duas décadas seguintes, uma segunda geração de pesquisadores apontou para uma nova perspectiva com relação ao *coping*. Esta nova tendência enfatizou os comportamentos de *coping* e seus determinantes situacionais e cognitivos. O conceito de *coping* foi reestruturado como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980). A ênfase estava na interação e não na estrutura da personalidade. O tipo de estratégia de *coping* utilizada depende de demandas objetivas, de avaliações subjetivas e da interação entre a pessoa e o ambiente. A eficácia e a adaptabilidade das estratégias de *coping* não são determinadas a priori, mas de acordo com a aprendizagem prévia da pessoa, o tipo de situação, o tempo e os resultados advindos de sua utilização (Beresford, 1994).

Uma terceira geração de pesquisadores voltou-se para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade. Esta tendência é motivada, em parte, pelo corpo cumulativo de evidências que indicam que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos e por outro lado, o interesse despertado pela maior credibilidade científica adquirida a partir dos anos 80 pelos estudos sobre traços de personalidade. O caráter disposicional do *coping* é amplamente investigado através da utilização do modelo dos Cinco Grandes Fatores. Foi visto que diferenças individuais podem influenciar as respostas de *coping* a partir da existência de “estilos” ou “disposições” que as pessoas trazem consigo e utilizam quando se confrontam com situações de estresse (O’Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). Fatores de personalidade que se relacionam às estratégias de coping são: otimismo, neuroticismo, extroversão, rigidez e auto-

estima (Parkes, 1984; Caver *et al.*, 1989; Compas *et al.*, 1991; Caver & Scheier, 1994; Lopez & Little, 1996; Folkman & Moskowitz, 2000).

Evidências sugerem que o afeto positivo tem funções significativas no processo adaptativo do *coping*. Isen *et al.* (1987) mostraram alguns estudos que o afeto positivo promove a criatividade e a flexibilidade ao se pensar em resolução de problemas. O afeto positivo pode também servir como amortecedor contra as conseqüências psicológicas adversas do estresse além de ampliar os repertórios de ação, de *coping* e as variáveis de resiliência à adversidades (Folkman & Moskowitz, 2000; Fredrickson & Lousada, 2005).

A terceira geração de pesquisas sobre *coping* trouxe novos temas, os conceitos principais da segunda geração continuam sendo usados. Isto vale para a divisão que Lazarus & Folkman (1984) fazem entre duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. O primeiro refere-se ao esforço para mudar ou administrar alguns aspectos de uma situação percebida como estressante, sendo, portanto, focalizado no impacto que o problema tem sobre a pessoa, enquanto o segundo tipo de *coping* envolve esforços para administrar ou regular as emoções negativas decorrentes deste impacto.

O *coping* focalizado na emoção pode ser dirigido no nível somático e/ou no nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado do indivíduo. Por exemplo, fazer exercícios físicos, assistir uma comédia na TV, utilizar técnicas de relaxamento, entre outros são exemplos de estratégias que reduzem a sensação física ou emocional desagradável de um estado de estresse.

A ação do *coping* focalizado no problema pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando o *coping* focalizado no problema é

dirigido para uma fonte externa de estresse, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas, busca de suporte social, religiosidade e lazer (Seidl *et al.*, 2001). O coping focalizado no problema é dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor, o que resulta em uma outra atitude em relação ao mesmo.

A integração das idéias da segunda e terceira geração exige um cuidado especial. É necessário distinguir estilo de estratégia. Os estilos de *coping* são relacionados a características de personalidade e fatores disposicionais do indivíduo, enquanto que as estratégias se referem a ações cognitivas ou de comportamento, tomadas no curso de um episódio particular de estresse, e são ligadas a fatores situacionais (Ryan-Wenger, 1992).

Folkman & Lazarus (1980) enfatizam que as estratégias de *coping* podem até mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação estressante. Dada esta variabilidade nas reações individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa. Para Carver & Scheier (1994), pelo contrário, o indivíduo desenvolve estilos de *coping* estáveis, sendo que um estilo disposicional de *coping* pode influenciar o *coping* situacional em uma fase particular da situação e em outras não, definindo o estilo de *coping* em termos de tendência a usar uma reação de *coping* em maior ou menor grau em situações de estresse.

4.5. O Profissional Psicólogo:

O percentual de psicólogos clínicos registrados nos estados de Goiás e Tocantins no ano de 2005 é de 91,8% do sexo feminino e 8,2% do sexo

masculino (Conselho Regional de Psicologia do Estado de Goiás e Tocantins, comunicação pessoal, 2006). Conforme esses dados pode-se considerar a profissão de psicoterapeuta como sendo uma profissão predominantemente feminina.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (1988) – abreviação CFP - a definição do psicólogo brasileiro na década de 80, enfatizava sua atuação na elaboração e aplicação de técnicas de qualificação e diagnóstico de distúrbios. No entanto, devemos sempre considerar que essa visão se insere na tradicional prática que privilegia uma perspectiva de análise e de intervenção no âmbito estritamente individual (Moura, 1999).

O fenômeno psicológico é visto de forma abstrata - ora como manifestação de processos internos, ora como produto de vivências externas, elementos influenciados pelo meio físico e social (Bock, 1997). Numa perspectiva mais atual verifica-se uma evidente ampliação dos espaços de inserção do psicólogo (Yamamoto & Campos, 1997), de modo que mudanças importantes em domínios de atuação já é foco de pesquisa do CFP. Segundo Bastos e Achar (1994), essas alterações se referem a concepções práticas, inserção no mercado e clientes atendidos, bem como o foco de intervenção do profissional de Psicologia. Uma tendência inicial aponta para um modelo que vai além da mensuração de características psicológicas e intervenção diante dos problemas de ajustamento dos indivíduos; Uma segunda diz respeito a um maior aperfeiçoamento e qualificações profissionais. Finalmente, uma terceira visa a trabalhar de maneira mais articulada em relação a outras disciplinas e profissões, em uma perspectiva multidisciplinar e não tecnicista.

4.6. Dificuldades no Exercício Profissional:

Ao considerar a realidade do exercício profissional, observa-se uma mudança em termos da atuação do psicólogo com o surgimento, nas últimas décadas, de novos campos e conseqüentemente, no aumento da necessidade de aperfeiçoamento e qualificação profissional. Esta evolução na profissão está ocorrendo há algum tempo. As constantes mudanças levam à necessidade de aprimoramento e, embora isso faça parte da dinâmica das alterações paradigmáticas (que, além de serem situações novas, ainda estão associadas ao processo do conhecimento favorecido pelos novos avanços tecnológicos), podem gerar estresse em profissionais que não se beneficiam dessas alterações e as tornem como fortes fontes de pressão. Leite (1997) observou que, além das dificuldades encontradas no contato direto com as novas possibilidades de trabalho, há ainda uma dificuldade na formação acadêmica no sentido de esclarecer sobre as questões relativas aos diversos campos que surgem paralelos à graduação.

Estudo realizado em psicólogos clínicos norte-americanos e ingleses demonstrou elevados níveis de estresse entre esses profissionais (Rabin *et al.*, 1999). Especificamente em relação a psicoterapeutas, Faber (1985) identificou cinco fatores desencadeadores de estresse: manutenção da relação terapêutica, agendamento, dúvidas profissionais, envolvimento excessivo no trabalho e esgotamento pessoal. Além desses, solidão, expectativas excessivas e falta de gratificação também foram identificados como fontes de estresse naqueles profissionais (Rabin *et al.*, 1999).

O trabalho do psicólogo clínico demanda que ele seja capaz de identificar contingências presentes na vida dos pacientes, assim, é necessário para a

própria eficácia do seu trabalho que ele desenvolva a sensibilidade às contingências e ter repertório (habilidades sociais, assertividade, empatia, habilidades de resolução de problemas, de *coping*, de autocontrole etc.) para lidar com elas (Sanzovo & Coelho, 2007).

Baker (2002) revisou vários trabalhos de autores que consideram que profissionais de saúde devem separar um tempo para si mesmos em atividades individuais como relaxar, caminhar, correr, meditar ou qualquer outra forma de se reorganizarem, e há outros autores que apontam para a necessidade de separar tempo para a vida conjugal ou familiar.

No Brasil o psicólogo lida com muitos problemas no exercício profissional. Bastos & Gomide (1989) relatam várias dessas dificuldades com base em uma pesquisa desenvolvida pelo CFP. As dificuldades citadas foram: fatores de natureza econômica e de remuneração, falta de reconhecimento por outros profissionais de quanto o psicólogo pode contribuir com a sua atividade, interesses por outras profissões devido ao mercado e oportunidades, e a necessidade de formação complementar (cursos, estágios, terapias etc.).

O contexto sócio-econômico a que estão sujeitos os profissionais de saúde mental no Brasil deve ser considerado. O sofrimento psíquico e social que os pacientes apresentam as condições de atendimento, os baixos salários e o pequeno tempo disponível para uma consulta são fatores importantes a se considerar para pensar os processos de estresse ocupacional e *burnout* (Leite, 1997).

Enfim, ao se constatar que o estresse ocupacional e, especialmente, a síndrome de *burnout* podem afetar a prestação do serviço e a qualidade do cuidado oferecido, julga-se necessário pesquisar essas síndromes em psicólogos

brasileiros, considerando o contexto sócio- econômico a que estão sujeitos esses profissionais, já que na maioria das pesquisas existentes, por ocorrerem em países desenvolvidos, não levam em conta essas variáveis.

5. MATERIAIS E MÉTODO

5.1. Opções Metodológicas:

Dentre os principais referenciais teóricos e metodológicos disponíveis para estudos qualitativos, foi escolhido o método "*Grounded Theory*" a fim de criar um modelo conceitual da realidade profissional vivenciada pelas psicólogas clínicas.

A *Grounded Theory* foi desenvolvida na década de 60, por dois sociólogos americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss. Os princípios da *grounded theory* têm por base o Interacionismo Simbólico, uma teoria contextualista baseada no pensamento do filósofo George Mead, presente em diversas ciências humanas (Charmaz, 2003).

No contextualismo as variáveis são interdependentes, há uma relação circular onde (A) modifica (B) modifica (A) modifica (B) e assim sucessivamente. Esta bidirecionalidade causal é diferente do raciocínio linear que permite distinguir variáveis independentes e variáveis dependentes. Estas interações por sua vez serão diferentes dependendo dos contextos sociais, temporais e locais que são inseridos. Por isso, o contextualismo privilegia o método indutivo ao invés do hipotético dedutivo que se adequa melhor no estudo de causalidades lineares.

Na *Grounded Theory* o pesquisador aproxima-se do assunto a ser investigado sem uma teoria a ser testada, mas pelo contrário, com o desejo de compreender como e porque determinado fenômeno ou situação se desdobra desta ou daquela forma. Reune-se um volume de informações sobre a situação ou o fenômeno observado. Comparando-as, codificando-as, extraindo as regularidades, prossegue-se numa extração analítica de sentido destas informações. Assim o pesquisador obtém conclusões que emergiram diretamente

da análise dos dados, razão pela qual a metodologia intitula-se *Grounded Theory* ou teoria fundamentada nos dados.

A escolha pela *Grounded Theory* está fundamentada no seu potencial de avançar a análise teórica de processos subjetivos, sem necessidade de construções teóricas isoladas da vivência concreta. Ela oferece uma abordagem que permite acessar fenômenos psicológicos e vivências sociais diferentes das que são tipicamente examinadas pelos métodos hipotético-dedutivos, experimentais ou fenomenológicos. Assim é uma via de pesquisa empírica que é capaz de contribuir de maneira singular, trazendo conhecimentos que são de difícil acesso através dos métodos tradicionais.

Noções pertinentes ao método utilizado:

1. Os conceitos sensibilizadores. São idéias e noções provenientes da leitura prévia relacionado ao assunto da pesquisa e a carga de conhecimento da formação do pesquisador, que o deixam atento a certos conteúdos, preparado para fazer certas perguntas e perspicaz no processo de codificação e indução.

2. A amostragem teórica. Refere-se à escolha de participantes em função da probabilidade que o material trazido por eles pode produzir a emergência de categorias relevantes e assim possibilitar responder às questões da pesquisa.

3. As categorias. São construções resultantes da interpretação dos dados. No processo indutivo, os dados são codificados abertamente de acordo com o seu conteúdo. A partir destes, os conceitos específicos são sintetizados visando organizar os dados de acordo com a informação que trazem e posteriormente categorizados em conceitos mais amplos. O valor de determinada categoria e subcategoria é indicado pela sua importância para a questão

examinada. Os critérios para inferir a importância do que foi falado será a presença no discurso da maioria dos participantes e a importância do conteúdo para a compreensão do que está sendo investigado. O recorte quantitativo é necessariamente arbitrário e os conteúdos assim separados são avaliados posteriormente de acordo com o sentido que eles contribuem para a formação da teoria. Não tem intenção de fazer cálculo de significância já que a amostra não é representativa.

4. Memorandos. São produzidos durante todo o processo de coleta de dados e do trabalho indutivo. Auxiliam na construção da teoria, fazem parte de uma estratégia para a retenção de informações relevantes. As informações contidas nos memorandos possibilitam maior reflexão sobre os processos investigados e favorecem *insights* que irão contribuir para a compreensão do material colhido.

5.2. Amostragem Teórica:

Foram entrevistadas 20 psicólogas atuantes na área clínica, abrangendo diferentes abordagens (psicanálise, terapia comportamental, gestalt, psicodrama, terapia transpessoal) com idade entre 28 e 60 anos. O tempo de experiência na área variou de 2 a 25 anos, tendo a maioria (10 participantes) experiência de 9 a 15 anos de profissão.

Na *Grounded Theory*, a amostra não é uma representação fiel da população como ocorre no método hipotético dedutivo. O pesquisador escolhe os participantes da pesquisa se perguntando se aquelas pessoas têm possibilidade de fornecer respostas que auxiliem a atingir os objetivos da pesquisa. Assim, na amostragem teórica, são as necessidades teóricas do pesquisador que irão definir se vai ser preciso aumentar o número de participantes (Charmaz, 2003). Neste

estudo não foi necessário aumentar o número de participantes da amostra, através do relato das profissionais foi possível criar um modelo conceitual da realidade profissional delas.

5.3. Materiais:

Planilha com roteiro de entrevista semi-estruturada (veja anexo), gravador (MP4) e o teste “Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos” (ISSL), (Lipp, 2000). Trata-se de um inventário validado utilizado para diagnóstico de estresse em adultos e jovens acima de 15 anos. Tem como objetivo realizar um diagnóstico preciso de estresse, determinar se a pessoa que se submeteu à pesquisa tem estresse e em caso positivo, averiguar em qual fase ela se encontra (fase de alerta, fase de resistência, quase-exaustão e de exaustão) e se este estresse manifesta-se mais por meio de sintomatologia na área física ou psicológica.

O ISSL é constituído por três quadros referentes às quatro fases do estresse, de maneira que o quadro um avalia a fase de alerta, o quadro dois avalia ambas as fases de resistência e quase-exaustão, e o quadro três a fase de exaustão. Os sintomas listados são aqueles considerados típicos de cada fase, sendo 37 de natureza física e 19 de psicológica, podendo se repetir nos três quadros, mas diferindo em intensidade e gravidade. O primeiro quadro apresenta 12 sintomas físicos e três psicológicos, em que o indivíduo deve assinalar os mais freqüentes experienciados nas últimas 24 horas. No segundo quadro (10 sintomas físicos e 5 psicológicos), devem ser assinalados os sintomas mais freqüentes sentidos na última semana. Por fim, no quadro três (12 sintomas físicos e 11 psicológicos), devem ser assinalados os sintomas mais freqüentes vividos no último mês.

5.4. Coleta de Dados:

Foi feito o contato com as psicólogas clínicas com a finalidade de explicar os objetivos da pesquisa e obter a aceitação para a participação mediante o termo de consentimento. Tendo as psicólogas concordado com a participação, foram marcados os horários para a aplicação do ISSL e realização das entrevistas.

Foram realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas, com a duração de aproximadamente uma hora com perguntas abertas e fechadas. O ISSL foi aplicado antes de cada entrevista, com duração de aproximadamente trinta minutos com perguntas fechadas. Os dados foram coletados no próprio local de atuação da profissional.

5.4.1. Análise dos Dados:

Os inventários foram pontuados de acordo com as instruções e os critérios indicados pelos autores no manual do inventário (Lipp, 2000). Foram feitas a tabulação e interpretação dos resultados obtidos pelo teste ISSL, diagnosticando se a participante da pesquisa tinha estresse e em caso positivo em qual fase ela se encontrava e se este estresse manifestava-se mais por meio de sintomatologia na área física ou psicológica.

Também foi feita a transcrição de cada entrevista, permitindo a análise através da *Grounded Theory*. As categorias que emergiram do relato das participantes foram posteriormente classificadas em cinco temas: (1) Fontes de estresse; (2) Vivências do estresse; (3) Coping focado no problema; (4) Coping focado na emoção; (5) Variáveis de resiliência. Estes não foram premeditados, surgiram da semelhança entre os conteúdos das diferentes categorias.

A última etapa envolveu a análise dos resultados, através da qual foram realizados os cruzamentos possíveis entre as questões levantadas e os dados

obtidos através dos instrumentos utilizados. As vivências relatadas pelas participantes foram divididas em grupos que caracterizaram as psicólogas que se encontravam na fase de resistência, as sem estresse e as vivências relatadas por ambos os grupos.

6. RESULTADOS

6.1. Perfil de Estresse:

Após a análise dos resultados obtidos pelo ISSL, 25% das participantes da pesquisa foram diagnosticadas na segunda fase do estresse, a fase de resistência na qual a pessoa tenta lidar com os seus estressores de modo a manter a sua homeostase, ou seja, o equilíbrio interior. Duas das participantes estressadas apresentaram predominância de sintomatologia física, duas na área psicológica e uma apresentou ambos os sintomas. Ao reportar as participantes classificadas como sem estresse, essas representaram 75% da amostra.

O Quadro abaixo ilustra o cruzamento entre os dados obtidos pelo ISSL, o tempo de atuação da profissional na área clínica e a idade de cada participante:

Quadro 1. Relação idade, tempo de atuação, fase do estresse e predominância de sintomatologia na área física ou psicológica.

Participantes (P)	Idade (Anos)	Tempo de atuação (Anos)	Sem Estresse (Sim/Não)	Fase do Estresse	Predominância de Sintomatologia (Física/Psicológica)
P1	32	2	Não	Resistência	Física
P2	41	2	Não	Resistência	Ambos
P3	33	4	Sim	-	-
P4	44	4	Sim	-	-
P5	44	14	Sim	-	-
P6	26	3	Sim	-	-
P7	38	9	Não	Resistência	Psicológica
P8	60	25	Sim	-	-

“continua”

“continuação” e “conclusão”

Participantes (P)	Idade (Anos)	Tempo de atuação (Anos)	Sem estresse (Sim/Não)	Fase do Estresse	Predominância de Sintomatologia (Física/Psicológica)
P9	39	11	Sim	-	-
P10	29	5	Sim	-	-
P11	45	12	Sim	-	-
P12	28	6	Sim	-	-
P13	39	8	Sim	-	-
P14	36	15	Sim	-	-
P15	47	13	Sim	-	-
P16	46	15	Não	Resistência	Física
P17	44	15	Sim	-	-
P18	36	7	Não	Resistência	Psicológica
P19	36	9	Sim	-	-
P20	40	12	Sim	-	-

6.2. Categorias e Subcategorias:

As subcategorias mais importantes de cada categoria serão apresentadas nos quadros a seguir. Elas foram ilustradas com um trecho escolhido das falas das participantes que melhor exemplifique as outras falas das quais emergiram cada subcategoria.

No tema (1) **Fontes de estresse**; estão incluídas as categorias: (a) Aspectos estressantes do trabalho terapêutico; (b) Aspectos estressantes do *setting* terapêutico e (c) Fontes de estresse externas à atuação.

A categoria (a) **Aspectos estressantes do trabalho terapêutico**:

Quadro 2. Aspectos estressantes do trabalho terapêutico.

Fazem referência as experiências estressantes vivenciadas durante a atuação e em decorrência da mesma.	Mencionado por (participantes)
Jornada de trabalho exaustiva	4* 5**
Jornada de trabalho limita vida pessoal	3* 3**
Sentir-se impotente quanto à atuação	2* 4**
Lidar com as reações negativas do paciente	1* 3**
Sentimento de responsabilidade excessiva	1* 3**
Insegurança quanto à atuação	1* 2**

Incertezas com relação a profissão e a continuidade na clínica	1*
--	----

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Jornada de trabalho exaustiva.**

P11**: “Em algum momento desses doze anos de trabalho, eu me dediquei mais a clínica, e durante esse período, às vezes, mais de dez horas dentro do consultório era insuportável”.

- **Jornada de trabalho limita vida pessoal (lazer, cultivar amizades, atividade física e etc).**

P18*: “Já que a amizade surge da relação e para que tenha relação é preciso de dedicação, participação e isso requer tempo, então no momento não estou cultivando amizades e em dívida com os meus amigos já cativos.”

- **Sentir-se impotente quanto à atuação.**

P1*: “É sentir que por mais que eu tente, utilize os recursos pessoais e técnicos que eu tenho, não tem adiantado. Então muitas vezes eu me sinto impotente e isso é horrível”.

- **Lidar com as reações negativas do paciente.**

P12**: “Às vezes também, você fica decepcionada com as reações do paciente. Você percebe que você fez um trabalho bom e você vê que o paciente não tinha desejo de continuar no processo terapêutico”.

- **Sentimentos de responsabilidade excessiva.**

P4**: “Eu sou muito perfeccionista e isso me causa muito estresse, medo de não estar correspondendo às expectativas do cliente e às minhas expectativas”.

- **Insegurança quanto à atuação.**

P4**: “Essa dúvida, essa incerteza... Será que eu sou competente no que eu faço? Será que é incompetência minha ou será o outro? O problema é do cliente mesmo que é mais difícil [...]”.

- **Incertezas com relação à profissão e a continuidade na clínica.**

P2*: “Muitas vezes me questiono sobre a continuidade do trabalho aqui na clínica [...]”.

A categoria (b) **Aspectos estressantes do setting terapêutico:**

Quadro 3. Aspectos estressantes do *setting* terapêutico.

Refere-se às características da ambiência física e organizacional. Assim, esta categoria exprime as fontes de estresse provenientes do ambiente físico e do contexto organizacional do trabalho	Mencionado por (participantes)
Discrepância esforço-resultado financeiro	3* 3**
Absenteísmo dos pacientes	1* 4**
Solidão	2* 2**
Conflitos com colegas de trabalho	1* 4**
Interferência da família do cliente	3**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Discrepância esforço- resultado financeiro.**

P11**: “A dificuldade do retorno financeiro é muito grande”.

- **Absenteísmo dos pacientes.**

P19**: “O absenteísmo me deixa estressada, ainda mais quando o paciente não justifica ou não desmarca [...]”.

- **Solidão.**

P18*: “Eu considero o trabalho aqui na clínica muito solitário, às vezes eu saio daqui angustiada com algum caso que eu atendi, sinto vontade de dividir com algum colega, trocar experiência, pontos de vista, mas devido à ética que eu tenho isso não é possível”.

- **Conflitos com colegas de trabalho.**

P18*: “Os conflitos que eu tenho aqui na clínica com alguns colegas de trabalho me deixam bem estressada [...]”.

- **Interferência da família do cliente.**

P20**: “Fico com raiva quando os pais da criança interrompem o tratamento. É horrível ver que a criança está precisando de orientações, ser acompanhada de perto por um profissional e os pais por não reconhecem isso e tiram ela dos atendimentos”.

A categoria (c) **Fontes de estresse externas a atuação:**

Quadro 4. Fontes de estresse externas a atuação.

Diz respeito aos eventos estressantes que ocorrem fora do <i>setting</i> terapêutico e que refletem na vivência do trabalho terapêutico	Mencionados por (participantes)
Atividades paralelas	3* 4**
Problemas na vida cotidiana da terapeuta	2* 3**
Turbulência no trânsito	2* 2**
Hiperacessibilidade	1**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Atividades paralelas.**

P18*: “Minha vida é uma correria. Além da atividade aqui na clínica eu faço outra atividade. Não dá para viver só com a remuneração aqui da clínica [...]”.

- **Problemas na vida cotidiana da terapeuta.**

P11^{**}: “Se eu estou com algum problema reflete bastante”.

- **Turbulência no trânsito.**

P18^{*}: “Muitas vezes no trânsito acho que vou ter um “troço” de tanto estresse, o trânsito é algo que me estressa muito”.

- **Hiperacessibilidade (celular).**

P12^{**}: “Quando começa a tocar o celular e eu vou ficando irritada [...]”.

O tema (2) **Vivências do estresse**; é representado pela única categoria: Sintomas de estresse.

A categoria **Sintomas de estresse** apresenta a manifestação do estresse por sintomatologia física ou psicológica derivadas da vivência terapêutica.

Quadro 5. Sintomas de estresse.

Sintomas de estresse derivados da vivência terapêutica	Mencionados por (participantes)
Exaustão e/ou cansaço	2* 3**
Angústia e/ou irritação	2* 2**
Lapsos de memória	1*

* mencionados pelas participantes na fase de resistência

** mencionados pelas participantes sem estresse

- **Exaustão e/ou cansaço.**

P1^{*}: “Um dos sintomas que eu vejo é que eu to muito cansada, tem dia que eu durmo e apago e quando eu vejo já é hora de acordar [...]”.

- **Angústia, irritação.**

P5^{**}: “E isso me deixa sentindo assim, nervosa com o paciente e com raiva de mim [...]”.

- **Lapsos de memórias.**

P1*:" Meus lapsos de memória são freqüentes, acho que ocorrem devido o excesso de informação que tenho que processar aqui na clínica durante as sessões".

No tema (3) **Coping focado no problema**; estão incluídas as categorias:

(a) Esquiva situacional e (b) Iniciativas pró-ativas.

Categoria (a) **Esquiva situacional**:

Quadro 6. Esquiva situacional.

Estratégias utilizadas para evitar situações que ameacem ou desagradem à saúde mental do profissional da área clínica	Mencionados Por (participantes)
Não atender quando problemas pessoais podem interferir	2* 3**
Diminuir jornada de trabalho	1* 3**
Evitar casos difíceis	1**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

• **Não atender quando problemas pessoais podem interferir.**

P18*: "Assim, quando há algum conflito em casa e que me deixa angustiada ou nervosa eu prefiro não vir atender. Então, é uma forma que eu encontrei de não deixar os meus problemas pessoais interferirem aqui no consultório".

• **Diminuir jornada de trabalho.**

P9**: "Eu estava em um pique de trabalho muito intenso, aí eu vi que eu iria ter um "trem", aí eu vi que eu tinha que diminuir, então eu diminuí".

• **Evitar casos difíceis.**

P5**: "Eu evito tanto quanto possível atender pacientes com transtorno de personalidade".

A categoria (b) **Iniciativas pró-ativas**:

Quadro 7. Iniciativas pró-ativas.

Está relacionada ao fato da profissional enfrentar as fontes de estresse de maneira construtiva	Mencionados por (participantes)
Organizar a atividade laboral para que não interfira na vida pessoal	1* 4**
Cultivar bom relacionamento com o paciente	1*
Aprimorar-se	1*
Vida pessoal organizada como prevenção de estresse	1**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Organizar a atividade laboral para que não interfira na vida pessoal.**

P4**: “Me reorganizei para não levar trabalho para casa”.

- **Cultivar bom relacionamento com o paciente.**

P7*: “Dentro do consultório eu procuro ter bom vínculo com os meus clientes”.

- **Aprimorar-se.**

P2*: “Estou me especializando, eu estou estudando [...]”.

- **Vida pessoal organizada como prevenção de estresse.**

P11**: “No momento, estou tentando evitar situações de estresse familiar próximos dos horários que eu vou pra clínica”.

No tema (4) **Coping focado na emoção**; localizam-se as categorias: (a) Reabastecer e (b) Reenquadrar.

A categoria (a) **Reabastecer**:

Quadro 8. Reabastecer.

Estratégias que auxiliam a terapeuta a reabastecer o que foi exaurido pelo estresse	Mencionados por
--	------------------------

	(participantes)
Divertir-se	1* 6**
Atividade física para recarregar	2* 5**
Fazer terapia/análise	1* 3**
Tirar férias	2**
Massagem	2**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

• **Divertir-se.**

P8*: “Adoro cozinhar, sempre que estou com um problema ou estressada eu vou para a cozinha e olha que eu sou uma cozinheira de mão cheia [...]”.

• **Atividade física para recarregar.**

P1*: “Bom a primeira medida que eu tomei para lidar com o estresse foi fazer alguma atividade física”.

• **Fazer terapia/análise.**

P18*: “Fazendo terapia. É a forma que eu encontrei de recarregar as baterias”.

• **Tirar férias.**

P11**: “Já estive estressada, as férias de julho para mim foram ótimas. Eu tirei quinze dias de férias em julho, e para mim fez um bem danado”.

• **Massagem.**

P4**: “Faço massagem duas vezes na semana, eu recorro a essas estratégias físicas para aliviar o estresse”.

A categoria (b) **Reenquadrar:**

Quadro 9. Reenquadrar.

Se permitir olhar a situação atual de uma perspectiva fundamentalmente diferente, através de um outro olhar, dando sentido a essa nova possibilidade. Buscar ver através de novos ângulos, pois um olhar diferente abre possibilidades diferentes	Mencionados por (participantes)
Autoconhecimento	1* 4**
Tolerância para consigo mesmo	3**
Tolerância para com os outros	3**
Buscar supervisão	3**
Aprender com a vivência terapêutica	1*

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Autoconhecimento.**

P5**: “Eu tento identificar quando o meu humor muda, eu tento avaliar o que foi que aconteceu, o que eu estava pensando. Pois enquanto eu estou pensando, eu estou avaliando se a situação é distorcida ou não, se é distorcida, eu tento resignificar, e se não é distorcida, eu tenho que trabalhar a situação do problema [...]”.

- **Tolerância para consigo mesmo.**

P8**: “Para não me estressar eu estou procurando ser mais tolerante comigo mesmo e com os outros [...]”.

- **Tolerância para com os outros.**

P15**: “Eu procuro não invadir as pessoas, sempre assim, nessa margem”.

- **Buscar supervisão.**

P12**: “Se no meio de um atendimento eu fico com muita raiva, ou eu vi que mudou alguma coisa em mim, eu vou para a supervisão para ver o porque e o que naquele caso mexeu comigo”.

• **Aprender com a vivência terapêutica.**

P1*: “A própria escola do trabalho, que é uma escola me fez ter essa característica hoje, de bem humorada [...]”.

No tema (5) Variáveis de resiliência; contem as categorias (a) Profissionalismo; (b) Cultivar hábitos de vida saudáveis, (c) Lazer e (d) Filosofia de vida.

A categoria (a) **Profissionalismo**:

Quadro 10. Profissionalismo.

Refere-se aos recursos particulares e individuais que a psicóloga clínica tem em “mãos” para superar as vivências negativas do processo terapêutico	Mencionados por (participantes)
Prazer na atuação	3* 6**
Foco na atuação	5**
Prazer na atividade intelectual	2* 2**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

• **Prazer na vocação.**

P8**: “Gosto do que estou fazendo, e isso ajuda demais a ter motivação e a lidar com as dificuldades do trabalho, que independente da profissão aparecem”

• **Foco na atuação.**

P4**: “Quando eu estou aqui no consultório, para mim é como se não existissem problemas externos, eu me sinto muito focada no consultório”.

• **Prazer na atividade intelectual.**

P3**: “Eu gosto de estudar, eu gosto de estar em contato com o conhecimento e isso me faz bem, tanto é que quando eu fico longe disso eu fico angustiada [...]”.

A categoria (b) **Cultivar hábitos de vida saudáveis:**

Tabela 11. Hábitos de vida saudáveis.

Desenvolver costumes, características e atitudes que promovam e beneficiem a saúde física e psicológica	Mencionados por (participantes)
Cultivar a família	3* 12**
Cultivar amizades	1* 12**
Cultivar bons relacionamentos	2* 10**
Bons relacionamentos no trabalho	1* 9**
Atividade física pelo prazer	7**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Cultivar a família.**

P3**: “Eu gosto de conversar, adoro família, adoro reuniões de família, ontem mesmo recebi um monte de gente lá em casa”.

- **Cultivar amizades.**

P19**: “Acho importante ter amigos, amigos de longa data. É bom você sentir que tem alguém que te aceita como você é, que te estende a mão quando você precisa, e isso não se conquista do dia para noite tem que ser cultivado”.

- **Cultivar bons relacionamentos.**

P1*: “Eu acredito na filosofia de estar bem, tratando as pessoas bem, fazendo as pessoas se sentirem bem ao meu lado”.

- **Bom relacionamento no trabalho ajuda a driblar a solidão.**

P17**: “Tenho uma grande amiga aqui, foi até por ela que eu vim trabalhar aqui. Isso é bom porque sempre que a gente tem um tempo a gente conversa. Isso faz bem pra mim e pra ela”.

- **Atividade física pelo prazer.**

P17**: “Eu faço caminhada pelo prazer que eu tenho de fazer, é algo que eu faço há anos e eu sinto muita falta quando eu não posso fazer. Eu sinto que é uma atividade que me desestressa e descansa. Pode ser sozinha ou acompanhada, aliás, eu adoro caminhar em qualquer lugar”.

A categoria (c) **cultivar hábitos de Lazer**:

Quadro 12. Hábitos de lazer.

Conjunto de ocupações às quais a psicóloga pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais	Mencionados por (participantes)
Leitura regular	3* 6**
Sair frequentemente	1* 5**
Viajar regularmente	1* 2**
Música e dança	2**

* Mencionados pelas participantes na fase de resistência

** Mencionados pelas participantes sem estresse

- **Leitura regular.**

P7*: “Gosto muito de ler, adoro estou sempre lendo alguma coisa”.

- **Sair frequentemente.**

P20**: “Gosto muito de passear, encontrar com os amigos em uma cafeteria, pois é algo que a gente sempre faz, lá discutimos diversos assuntos e isso é muito agradável, renova as energias da semana, nos encontramos normalmente as quintas – feiras”.

- **Viajar regularmente.**

P19**: “Coisa que eu gosto muito é viajar, se eu pudesse viajaria todo mês para um lugar diferente”.

- **Música e Dança.**

P13^{**}: “Eu amo música [...] Eu gosto de tocar, toco três instrumentos diferentes, então me envolvo com a música mesmo”.

A categoria (d) **Princípios que direcionam ou norteiam a vida das participantes:**

Quadro 13. Princípios que direcionam ou norteiam a vida das participantes

A forma pela qual cada terapeuta vivencia o mundo e, em consequência, se comporta e faz escolhas de acordo com seus valores e ideais	Mencionados por (participantes)
Realizar sua filosofia de vida na atuação	2* 4 ^{**}
Cultivar qualidade de vida	1* 5 ^{**}
Cultivar emoções positivas	1* 4 ^{**}
Respeitar os próprios limites e flexibilidade	5 ^{**}
Espiritualidade/religiosidade	4 ^{**}
Abertura para a complexidade da vivência emocional	3 ^{**}

* mencionados pelas participantes na fase de resistência

** mencionados pelas participantes sem estresse

- **Realizar sua filosofia de vida na atuação.**

P12^{**}: “No meu trabalho a abordagem que eu escolhi acaba sendo o meu estilo de vida, é uma forma de você observar o homem e os fenômenos, então claro que você vai sustentar as suas relações através desse olhar”.

- **Cultivar qualidade de vida.**

P15^{**}: “Procuro mesmo curtir uma boa leitura um bom vinho, os amigos jogar um baralho, ir à casa da irmã ou da mãe tomar um chazinho ou um café. Então a minha filosofia de vida é bem voltada pra qualidade de vida”.

- **Cultivar emoções positivas.**

P1^{*}: “Eu sempre tento conversar, brincar, o bom humor, ates eu tinha dificuldades [...]. Estar sempre positiva me tornou uma pessoa mais feliz, mais flexível e criativa”.

- **Respeito aos próprios limites e flexibilidade.**

P8**: “Procuro fazer o que da para fazer sem estar me culpando ou auto-punindo”.

- **Espiritualidade/ Religiosidade.**

P12**: “... E tem a religião também, que são coisas que me pautam na vida, que me dão referenciais, um referencial maior do que só de relações”.

- **Abertura para a complexidade da vivência emocional.**

P8**: “Sou uma pessoa muito aberta. E para lidar com as questões que aparecem aqui no consultório, essa é uma característica que eu acho crucial”.

6.3. Variedade entre Participantes:

Foi reunida no quadro abaixo a média da quantidade de fontes estressoras, de estratégias de *coping* e de variáveis de resiliência mencionadas pelas psicólogas na fase de resistência e pelas psicólogas sem estresse:

Quadro 14. Médias por grupo da quantidade de fontes estressoras, repertórios de *coping* e variáveis de resiliência.

	Psicólogas na fase de resistência	Psicólogas sem estresse
Fontes estressoras	5	3
Estratégias de coping	2,4	2,8
Variáveis de resiliência	4,2	6,8

Média do número de subcategorias mencionadas nos temas: fontes estressoras, estratégias de *coping* e variáveis de resiliência

Os resultados indicaram que em média as fontes de estresse foram vivenciadas em maior proporção pelo grupo de psicólogas com estresse. Foram identificadas no grupo diagnosticado sem estresse, em média, maior diversidade de variáveis de resiliência demonstrando que o estresse não é apenas uma característica da profissão psicólogo clínico, mas também individual.

6.4. O Discurso das Participantes na Fase de Resistência:

Nesta sessão serão descritas as categorias que estão mais proeminentes nos depoimentos das participantes que se situam na fase II de acordo com o ISSL.

As psicólogas estressadas relacionaram alguns sintomas vivenciados com causas específicas: a psicóloga que afirmou considerar seus freqüentes lapsos de memória (P1) como sintoma do estresse acreditava que esses resultavam do excesso de informação que tem que processar em pouco tempo durante as sessões.

Iniciativas pró-ativas dessas profissionais para enfrentar o estresse são: cultivar bom relacionamento com o paciente (P7) e aprimorar-se (P2). Aprender com a vivência terapêutica foi a maneira encontrada por P1 para olhar a situação através de outro olhar, dando sentido a essa nova possibilidade.

6.5. O Discurso das Participantes Sem Estresse:

Uma análise criteriosa dos resultados obtidos permitiu identificar os aspectos que as profissionais não estressadas consideraram difíceis no processo terapêutico:

Quanto aos aspectos estressantes do *setting* terapêutico, a interferência da família do paciente (P8, P10 e P20) foi mencionado como fonte de sentimentos de irritação.

A hiperacessibilidade refletiu para P12 de forma negativa na sua vivência profissional. Com os recursos tecnológicos do mundo moderno, o fácil acesso a qualquer informação, e a repercussão disso nas relações humanas, já que instrumentos como o celular promovem fácil acessibilidade ao “outro” separando

emissor e receptor apenas por sinais digitais e ondas eletromagnéticas. Assim o celular se tornou para P12 um “intruso” irritante.

Ao se deparar com determinadas situações potenciadoras de estresse, P5 optou pela estratégia de evitar casos difíceis, impedindo assim, circunstâncias depreciadoras da saúde. Cultivar uma vida pessoal organizada como prevenção de estresse foi a iniciativa pró-ativa utilizada por P11 para enfrentar as fontes estressoras de maneira construtiva.

Estas profissionais utilizaram recursos pessoais para se reabastecer: Espiritualidade (P11), tirar férias (P11 e P12), massagem (P4 e P5). As psicólogas sem estresse nesta pesquisa advertiram que a atividade física era essencial para lidar com o estresse profissional (P4, P5, P6 e P8). Por outro lado, valorizavam a massagem (P4 e P5).

Dentre as maneiras dessas profissionais encararem situações estressantes de uma perspectiva diferente e ao mesmo tempo dando sentido a essa nova possibilidade pode-se citar: A tolerância para consigo mesma (P5, P8 e P19), a tolerância para com as outras pessoas (P8, P15 e P19) e a busca de supervisão (P12, P14 e P19). A capacidade pessoal de aceitar noutra pessoa valores e idéias diferentes amenizaram as emoções negativas de P5, P8 e P19. Similarmente a atitude individual de aceitar as próprias limitações, contribuiu segundo P8 e P19. Procurar supervisão foram estratégias de *coping* que promoveram em P12, P14 e P19 a compreensão das emoções intensas e disfuncionais que eram vivenciadas fora e dentro do processo terapêutico e assim deram outro sentido as essas variáveis.

Desligar das preocupações pessoais durante a atuação foi uma variável de resiliência que auxiliou P8, P17 e P19 a superar as vivências negativas do

processo terapêutico. Praticar a atividade física pelo prazer é um comportamento que auxiliou P4, P6, P9, P15, P17, P19 e P20 a cultivar a saúde física e psicológica.

Quanto aos princípios que norteiam ou direcionam a vida emergiram: a abertura e aceitação da complexidade da vivência emocional (P8, P3 e P14); o respeito aos próprios limites e a flexibilidade (P5, P8, P13, P17 e P19), procurando fazer o que estiver ao alcance e a espiritualidade ou religiosidade (P12, P13, P14 e P15) enfim, a procura do que transcende as relações humanas.

6.6. Vivências Compartilhadas pelos Dois Grupos:

Algumas variáveis foram vivenciadas tanto por profissionais estressadas quanto por profissionais não estressadas.

Ao fazer referência aos aspectos estressantes do processo terapêutico as profissionais P1, P5, P10, P12, P15 e P18 verbalizaram o sentimento de impotência com relação a atuação. Esse sentimento frequentemente ocorre quando o quadro do paciente não muda (P1), no tratamento de pacientes com transtorno de personalidade (P2) e quando a terapeuta se defronta com a frustração do sigilo (P18). Outro aspecto mencionado foi lidar com as reações negativas do paciente com relação ao tratamento (P5, P7, P10 e P12). A não compreensão do que foi pontuado pela psicóloga durante a sessão e a falta de desejo do paciente em continuar; desencadearam sentimentos como: “falta de paciência” e “decepção” com o processo terapêutico. Foram relatados também: Insegurança quanto à atuação (P4 e P5) e sentimentos de responsabilidade excessiva (P2, P4, P5 e P19). Tomar para si a responsabilidade de todo o processo terapêutico foi outro fator estressante mencionado por P2, P4, P5 e P19,

pois o medo de não corresponder as próprias expectativas e as do cliente fizeram com que essas profissionais entrassem em um ritmo desgastante de trabalho.

A jornada de trabalho exaustiva (P1, P2, P3, P5, P9, P11, P13, P16 e P18) e a inconstância dos horários contribuíram para a vivência do estresse, já que as participantes de ambos os grupos alegaram ter que se adequar à disponibilidade e os horários dos pacientes, tornando a carga de trabalho desgastante e fonte de limitação na vida pessoal delas (P1, P2, P3, P4 e P18). A estressante jornada devido o tipo de trabalho, envolvendo questões emocionais intensas foi mencionado por P11 como quase insuportável. A vida pessoal dessas profissionais sofreu reflexos decorrentes dessa intensa atividade laboral, impossibilitando o convívio com os amigos, a prática de atividade física e o bom relacionamento domiciliar, já que os problemas da clínica repercutiam segundo P3 até no contexto familiar.

A solidão no exercício profissional (P2, P3, P5, P7 e P18), a discrepância existente entre esforço-resultado financeiro (P2, P3, P11, P16, P17 e P18), o absenteísmo dos pacientes (P3, P7, P8, P9 e P19), e os conflitos com colegas de trabalho (P6, P9, P11, P15 e P18) foram mencionados como estressores para as participantes estressadas e não estressadas. O trabalho do profissional da área clínica é solitário, a ética que assegura o sigilo do que foi trabalhado muitas vezes com tanta intensidade emocional durante as sessões, torna inviável a troca de experiência com colegas, gerando solidão e angústia. O baixo valor financeiro atribuído às atividades agrega sentimentos de insatisfação e frustração. Sentimentos de irritação compareceram quando as relações com os colegas de trabalho se tornaram insustentáveis. Enfim, emoções negativas vivenciadas

cotidianamente dentro do *setting* terapêutico, produto de um mercado de trabalho competitivo, pois é grande o número de profissionais atuando na área clínica.

As fontes de estresse externas ao *setting* terapêutico e que causaram impacto na vivência de ambas psicólogas, estressadas e não estressadas foram: as atividades paralelas (P2, P4, P5, P12, P16, P17 e P18), a turbulência no trânsito (P5, P9, P16 e P18), os problemas da vida cotidiana da terapeuta (P1, P2, P3, P11 e P15). Devido à baixa remuneração da atividade clínica, essas profissionais sentiram a necessidade de atuar em outras atividades paralelamente a atividade exercida dentro do consultório. Apesar desta alternativa amenizar a questão referente às dificuldades financeiras ao mesmo tempo, tem sido fonte de desgaste físico e mental, além de consumir boa parte de “energia” que poderia ser investida no convívio familiar, na relação com os amigos e em atividades que envolvem lazer e promovam a qualidade de vida. O trânsito caótico precisa ser enfrentado com mais freqüência quando a profissional tem mais de uma atividade laboral. Algumas participantes de ambos os grupos alegaram que mesmo trabalhando essas questões individuais elas não deixaram de repercutir na atuação e no bem-estar delas durante as sessões clínicas.

A jornada de trabalho pesada aliada às atividades paralelas e à flexibilidade de horários que a psicóloga necessita para oferecer atendimentos a seus pacientes em horas viáveis para estes foram definidas por P1, P5, P6, P9 e P2 como causador de exaustão e/ou cansaço. Atendimentos a clientes difíceis foram sentidos como fontes de angústia e irritação (P5, P14, P16 e P18).

Estratégias de *coping* comum aos dois grupos incluem: não atender quando problemas pessoais poderiam interferir no processo terapêutico e diminuir a jornada de trabalho. Optar por não atender quando estes eventos poderiam

refletir na qualidade da atuação e no processo terapêutico, foi uma atitude escolhida por P7, P12, P18, P19 e P20. Outra fonte de estresse foi a estafante jornada de trabalho. Então, atenuar a quantidade de atendimentos e o número de atividades paralelas “desacelerar” foi o meio utilizado por P5, P8, P9 e P16 para diminuir o estresse decorrente da atividade laboral.

Os psicólogos clínicos em geral necessitam adequar os seus horários de atendimentos a disponibilidade de tempo de seus pacientes. Assim sendo, a agenda foi uma “ferramenta” utilizada por P1 para organizar sua atividade laboral e pessoal prevenindo choques de horários entre os clientes e a interferência do trabalho na vida pessoal. A organização do trabalho para que este não interfira na vida pessoal, também foi uma estratégia adotada por P1, P4, P5, P15 e P17.

Foram identificados recursos pessoais que estas profissionais utilizaram para reabastecer o que foi esgotado pelo estresse: praticar alguma atividade física ou prazerosa e fazer terapia/análise. A prática de atividade física promove melhorias à saúde, assim como a redução dos níveis de ansiedade e estresse e o fortalecimento do sistema imunitário, tornando o organismo menos sujeito a doenças. Partindo desse pressuposto as participantes P1, P4, P5, P6, P7 e P8 utilizaram de atividades como: natação, musculação e a caminhada para aliviar os sintomas de estresse. A atividade prazerosa é outro recurso que auxilia as participantes P5, P6, P7, P8, P9, P10 e P12 a reabastecer, utilizando seu tempo livre em atividades que trazem prazer como: estar com a família, cozinhar, viajar, sair, ver TV e etc. Para “recarregar as baterias” P11, P12, P18 e P20 consideraram a terapia como algo crucial. O autoconhecimento auxiliou P2, P3, P4, P5 e P10 a enfrentarem a situação atual de um ponto de vista diferente e ao mesmo tempo dando sentido a essa nova perspectiva. O autoconhecimento

envolve a auto-observação da própria experiência física e psicológica sem distorções ou objeções. Somente quando se conhece as próprias necessidades e limitações pode-se fazer as opções mais saudáveis, ver através de novos ângulos, novas possibilidades e conseqüentemente diferentes estratégias de *coping*.

As variáveis de resiliência que auxiliaram essas profissionais a superar as vivências negativas do processo terapêutico foram: ter prazer durante a atuação e ter a atividade intelectual como fonte de bem estar. O prazer pelo trabalho executado na clínica foi considerado por P7, P8, P12, P13, P15, P16, P17, P18 e P19 como fonte motivacional e um instrumento potente no enfrentamento das dificuldades profissionais. P2, P3, P5 e P18 mencionaram as atividades intelectuais como fonte de bem-estar. Por estarem lidando freqüentemente com problemas de ordem emocional essas profissionais necessitam estar sempre buscando na teoria novas possibilidades e meios de intervenções. Assim, a atividade intelectual é um fator intrínseco na vida dessas participantes e um forte recurso para lidar com as emoções negativas que envolvem o contexto terapêutico, já que, a leitura possibilita o acesso sobre o que auxilia e atrapalha o equilíbrio emocional.

Quanto aos costumes, características e atitudes desenvolvidas por essas profissionais para a promoção de saúde física e psicológica, o cultivo de amizades (P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P4, P15, P17, P19 e P20), da família (P3, P4, P5, P6, P7, P8, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P18, P19 e P20), o cultivo de bons relacionamentos (P1, P7, P8, P9, P11, P12, P13, P14, P15, P17, P19 e P20) foram os comportamentos mencionados por essas psicólogas e que contribuíram para a vida saudável como sugere a literatura (Grafanaki *et al*, 2005;

Grotberg, 2001). Na categoria lazer, atividades como: leitura regularmente (P2, P3, P6, P7, P8, P13, P16, P19 e P20), sair frequentemente (P3, P10, P14, P16, P19 e P20) e viajar (P7, P19 e P20) foram as que mais apareceram no discurso dessas profissionais. Ao utilizarem o tempo ocioso dedicando a atividades consideradas como fonte de prazer e coerentes a personalidade delas essas profissionais tornam-se mais resilientes e conseqüentemente com maior satisfação no trabalho, saúde e bem-estar geral.

Quanto aos princípios que norteiam ou direcionam a vida como fonte de resiliência emergiram: o cultivo de emoções positivas (P1, P3, P8, P11 e P19); a sintonia entre filosofia de vida e a atuação na clínica (P3, P4, P12, P16, P18 e P20) e o cultivo de qualidade de vida (P3, P5, P7, P13, P14 e P15). Cultivar emoções positivas contribui para o florescimento humano, ou seja, no desenvolvimento e crescimento positivo da pessoa nos mais diferentes aspectos apesar das adversidades, já que, a constância dos pensamentos positivos predizem: resiliência a adversidade, aumento da felicidade e o crescimento psicológico, como indicado na literatura. P1 alegou que a própria escola do trabalho exigiu que ela cultivasse essas emoções aumentando assim os seus repertórios de ação, flexibilidade, criatividade e no reabastecimento do que foi esgotado pelo estresse. A sintonia entre filosofia de vida e a atuação na clínica, a forma utilizada pela terapeuta para observar os fenômenos psicológicos e as vivências sociais, o estilo de vida da profissional da área clínica também é sustentado dentro do processo terapêutico. E o cultivo de qualidade de vida, ou seja, da saúde física e mental, procurando estar bem consigo mesma, com a vida e com as pessoas queridas, e a busca pelo equilíbrio são recursos preciosos na superação das adversidades.

7. DISCUSSÃO

As fontes estressoras mais mencionadas pelas participantes do estudo estão de acordo com outras pesquisas realizadas sobre o tema, as quais indicaram como agente estressor: a jornada de trabalho exaustiva (Faber, 1985; Lazarus & Lazarus, 1994; Covolan, 1996), a discrepância esforço-resultado financeiro (Covolan, 1996; Rabin *et al.*, 1999), a incerteza com relação a profissão (Baccaro, 1990), solidão, os conflitos com os colegas de trabalho (Sanzovo & Coelho, 2007), os freqüentes lapsos de memória (Baechtold, 2002), exaustão ou cansaço (Faber, 1985), os sentimentos de responsabilidade excessiva pelo paciente e de impotência com relação à atuação (Covolan, 1996).

O grande número de estratégias de enfrentamento típico da profissão de psicólogo clínico indicadas na literatura (Seidl *et al.*, 2001; Baker, 2002; Grafanaki *et al.*, 2005; Iwasaki *et al.* 2005) autenticou os repertórios de *coping* usados pelas participantes desta pesquisa. Alguns deles foram: “diminuir jornada de trabalho”, “aprimorar-se”, “não atender quando problemas pessoais pudessem interferir”, “evitar casos difíceis”, “organizar a atividade laboral”, “divertir-se”, “autoconhecimento”, “Fazer terapia ou análise” entre outros.

As profissionais que mencionaram vivenciar situações estressantes sem que desencadeassem o processo de estresse citaram estratégias de *coping* típicas delas, que adequadas a essas fontes estressoras podem ter contribuído para que elas conseguissem driblar o estresse. Já as que não adequaram adoeceram.

As estratégias de *coping* não são independentes das fontes e vivências estressoras. Nota-se uma relação existente entre a vivência do estresse e os repertórios de *coping* utilizados. É importante desenvolver repertórios de *coping*,

pois a forma pessoal de reagir diante de acontecimentos vitais são alicerces para desenvolver maior ou menor resposta ao estresse. Assim o uso de um repertório de habilidades de enfrentamento levaria à minimização dessa adversidade, resultando num aumento da percepção de controle pessoal e maiores possibilidades de estratégias de *coping* bem-sucedidas (Torres & Coelho, 2004).

A literatura (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1993; Luthar *et al.*, 2000; Grotberg, 2001; Yunes, 2001; Trombeta & Guzzo, 2002; Iwasaki *et al.*, 2005) aponta para a importância de algumas características e condições do próprio indivíduo na construção de um “caminho” resiliente. Essas variáveis vão ao encontro as mencionadas pelas profissionais entrevistadas nessa pesquisa: “cultivar amizades”, “cultivar a família”, “cultivar bons relacionamentos”, “bom relacionamento no trabalho ajuda a driblar a solidão e motiva”, “leitura regulamente”, “prazer na vocação”, “atividade física pelo prazer”, “espiritualidade /religiosidade”, “cultivar emoções positivas”, “respeitar os próprios limites e flexibilidade”, “sair frequentemente” e “viajar”.

O grupo de psicólogas que não apresentaram estresse possuiu em média mais estratégias de *coping* e variáveis de resiliência. Certos fatores de resiliência deram acesso a mais repertórios de enfrentamento, por exemplo, o bom relacionamento com o social (Quadro 11), com a família (Quadro 11) e com os amigos (Quadro 11) possibilitaram atividades específicas de *coping* no momento da vivência do estresse, e dispor de amplos repertórios de *coping* podem ter tornado essas profissionais mais resilientes a essa adversidade. A prática de atividade física pelo prazer (Quadro 11), sair frequentemente (Quadro 12), o cultivo de emoções positivas (Quadro 13) e qualidade de vida (Quadro 13) auxiliaram na ampliação dos repertórios para o enfrentamento da jornada de

trabalho exaustiva (Quadro 2). O bom relacionamento no trabalho (Quadro 11) e o prazer na atividade intelectual (Quadro 10) trouxeram benefícios para tirá-las do isolamento que o trabalho no consultório ocasionava (Quadro 3). E o prazer na atuação (Quadro 10), flexibilidade (Quadro 13) e a abertura para a vivência emocional (Quadro 13) auxiliaram a lidar com as reações negativas do paciente (Quadro 2) e o absenteísmo (Quadro 3).

As participantes na fase de resistência verbalizaram em média menor diversidade de estratégias de *coping*, mostrando-se menos resilientes à adversidade do que as não estressadas. As psicólogas estressadas mencionaram vivências de estresse apesar de terem citado fatores de resiliência. O estresse pode ter sido desencadeado nesse grupo pelo uso de repertórios de *coping* mal sucedidos. As profissionais sem estresse mesmo mencionando vivências estressantes tenderam a relatar em média maior variedade de estratégias de *coping*, o que sugere que os repertórios de enfrentamento delas são mais adequados.

O desenvolvimento ou não do estresse nessa amostra pode estar na relação da própria profissão de psicólogas clínicas e a habilidade de cada uma das componentes dela em lidar com o controle do estresse. Esse tema faz parte do trabalho dessas profissionais, uma vez que o estresse vem se tornando condição cada vez mais freqüente entre a população. Assim, pode ser sugerido a importância da informação e o conhecimento sobre o manejo de emoções. Tal aplicação parece estar incluída no trabalho terapêutico dessas participantes, pois desenvolveram no decorrer da profissão algumas habilidades necessárias para lidar com o estresse, demonstrando que o conhecimento sobre controle do estresse existe.

8. CONCLUSÃO

A análise de cada evento como aversivo pode ou não, estar relacionada à história de aprendizagem de cada profissional, assim como sua reação frente a tal evento. Deve se levar em conta que, além de possuírem, histórias de vida diferentes, elas também estão expostas a fontes estressoras distintas, assim algumas participantes podem considerar um agente como estressor, enquanto outras não consideram.

O estudo demonstrou que o estresse não está relacionado apenas a existência de fontes estressoras, mas também a questões individuais, ou seja, de como a pessoa se posiciona frente ao mundo dela, no caso, a realidade profissional. Devido à singularidade de variáveis de resiliência e estratégias de *coping* de cada uma, os tipos de agentes estressores enfrentados não permitem prever a reação de estresse.

As variáveis de resiliência identificadas podem ter auxiliado essas profissionais a apresentarem bons repertórios de *coping* perante os agentes estressores presentes na vida profissional e o não desencadeamento do estresse. Possuir mais fatores de resiliência pode dar acesso a melhores estratégias de *coping* e um bom repertório de enfrentamento por sua vez aumenta a resiliência. Além das variáveis de resiliência e estratégias de *coping* identificadas, as habilidades adquiridas pelo exercício profissional e outras variáveis podem ter influenciado no resultado.

Com esta pesquisa foi possível compreender um pouco da vivência das terapeutas relacionada com as pressões do trabalho terapêutico e como elas se adaptam às mesmas. Foram identificadas uma variedade de fontes estressoras,

fatores de resiliência e estratégias de *coping* utilizadas por elas. Concluiu-se que algumas estratégias de enfrentamento [divertir-se (Quadro 8), buscar supervisão (Quadro 9), ser tolerante consigo mesmo e com os outros (Quadro 9)] e variáveis de resiliência [cultivar a família, amigos, bons relacionamentos (Quadro 11), praticar atividade física pelo prazer (Quadro 11), sair frequentemente (Quadro 12), ouvir música e dançar (Quadro 12), respeitar os próprios limites e flexibilidade (Quadro 13), espiritualidade ou religiosidade (Quadro 13) e ser aberta para a vivência emocional (Quadro 13)] foram mais típicas das profissionais sem estresse, ou seja, estas estratégias e variáveis tenderam a auxiliar melhor contra os efeitos dos agentes estressores.

Percebeu-se que a profissão em estudo é estressante, mas também que as profissionais cultivam um estilo de vida e atitudes válidas, que evitam que o estresse prejudique a saúde delas. Espera-se que este estudo contribua para que outras psicólogas, susceptíveis ao estresse ocupacional reconheçam as fontes de estresse, os fatores de resiliência e as estratégias de *coping* que “tem em mãos” para que possam lidar melhor com a experiência aversiva em benefício de si mesma e de seus pacientes.

9. Referências Bibliográficas

- Baccaro, A. (1990). *Vencendo o stress: como detectá-lo e superá-lo* (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Baechtold, A.P. (2002). *Qualidade de vida, fontes internas e sintomas de stress em uma amostra de costureiras*. Dissertação de mestrado, Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Baker, E. K. (2002). *Caring for ourselves: A therapist's guide to personal and professional well-being*. American Psychological Association, Washington.
- Bastos, A. V. B. & Achar, R. (1994). Dinâmica profissional e formação do psicólogo: Uma perspectiva de interação. In Achar, R. (Org.), *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação*. Pp. 245-271. Casa do Psicólogo / Conselho Federal de Psicologia, São Paulo.
- Bastos, A. V. B. & Gomide, P. I. C. (1989). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 1. CFP.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 25: 607-618.
- Bock, A. M. B. (1997). Formação do psicólogo: Um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 17(2): 37-43.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In: Zeidner, M. & Endler, N. S. (Orgs.), *Handbook of Coping*. pp. 452-484. Wiley, New York.
- Cannon, W.B. (1939). *The wisdom of the body*. Norton, Nova York.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56: 267-283.

- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66: 184-195.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In: J. A. Smith (Org), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods*. Pp. 81-110. Sage, London.
- Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *burnout*? In: Codo, W. (Org.), *Educação: Carinho e trabalho*. Pp. 237-255. Vozes, Rio de Janeiro.
- Compas, B. E.; Malcarne, V. L. & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56: 405-411.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with stress: a developmental perspective. *Journal of Social Issues*. 47(4): 23-34.
- Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* Edicon, São Paulo.
- Covolán, M. A. (1996). Stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In Lipp, M. E. N.(orgs).*Pesquisa sobre o stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. pp. 225-240. Campinas,SP: Papyrus. 304p.
- Crandall, R. & Perrewé, P. (1995). *Occupational stress: A handbook*. Springer, Nova York.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petis canards*. Odile Jacob, Paris.
- Faber, B. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical psychologist* 38: 10-13.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21: 219-239.

- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 55: 647-654.
- França, H. H. (1987). A síndrome de burnout. *Revista Brasileira de Medicina*. 44 (8):197-199.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*. 60: 678-686.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1981). Excerpts from: How to survive burnout. *Stress Management*. Time Life Film, Los Angeles.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*. 56: 127- 136.
- Godoy, J. F. (1996). Medicina comportamental. In Caballo, V. (Orgs.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. Pp. 765-782. Livraria Santos Editora. São Paulo.
- Grotberg, E. H. (2001). Novas tendências em resiliência. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Org.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Pp. 15-22. Artmed, Porto Alegre.
- Grafanaki, S., Pearson, D., Cini, F., Godula, D., McKenzie, B., Nason, S., & Anderegg, M. (2005). Sources of renewal: A qualitative study on the experience and role of leisure in the life of counsellors and psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*. 18:31-40.
- Hawley, D. R. & Dehann, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process*. 35(3): 283-289.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. Em Melillo, A., Ojeda, E.N. (orgs), *Resiliência descobrindo suas próprias fortalezas*. Artmed, Porto Alegre. Pp 23-38. 160p.
- Isen, A. M.; Daubman, K. A. & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52: 1122-1131.

- Iwasaki, Y; Mactavish, J. & MacKay, K. (2005). Building on strengths and resilience: Leisure as a stress survival strategy. *British Journal of Guidance & Counselling*. 33(1): 81-100.
- Kaplan, H. (1999). Toward an understanding of resilience: a review of definitions and models. In: Glantz, M. & Johnson, J. (Orgs.), *Resilience and development: positive life adaptations*. Pp. 17-84. Plenum Publishers, New York.
- Kleinman, M. J. & Atoom Staff. (1979). *Burnout*. Atcom Inc, Nova York.
- Lalotus, D. A. & Grayson, J. H. (1985). Psychologist heal themselves. What is available for the impaired psychologist? *American Psychologist*. 40(1): 84-96.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. Nova York, Springer.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason*. Oxford University Press, Nova York.
- Leite, S. (1997). Psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 17(1): 35-39.
- Lipp, M.N. (1989). Atitudes parentais e o desenvolvimento e resistência ao stress. *Psicologia: Reflexão e crítica*. 4 (1/2): 91-96.
- Lipp, M. N. (1996). Stress conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Org.), *Pesquisa sobre o stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. Pp. 17-31. Papirus, Campinas, São Paulo. 304p.
- Lipp, M. N. & Malagris, L. N. (1998). O manejo do stress. In; Range, B. (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e Problemas* Pp. 279-291. Campinas, Fundo Editorial Psy.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. Casa do psicólogo, São Paulo. 74p.

- Lopez, D. F. & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*. 32 (2): 299-312.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: acritical Evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 71(3): 543- 562.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic – Resilience processes in development. *American Psychologist*. 56 (3): 227-238.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In: Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (orgs.), *Developmental psychopathology-risk, disorder, and adaptation*. Pp.715-752. John Wiley & Sons, New York.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey, & A. E. Kasdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. Pp. 1-52. Plenum Press, New York.
- McCubbin, M. A. & McCubbin, H. I. (1993). Families coping with illness: the resilience model families stress, adjustment, and adaptation. In: Danielson, C.; Hamel-Bissell, B. & Winstead-Fry (orgs.), *Families, health, & illness-perspectives on coping and intervention*. Pp. 21-63. Mosby, St Louis.
- Melillo, A. ; Estematti, M. ; Cuestas A. (2005). Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In Melillo, A. ; Ojeda, E. N. (orgs). *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Pp.59-72. Artmed, Porto Alegre. 160p.
- Moura, E. P. G. (1999). A psicologia (e os psicólogos) que temos e a psicologia que queremos: Reflexões a partir das propostas de diretrizes curriculares (Mec/Sesu) para os cursos de graduação em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 19(2): 10-19.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*. 42(2): 82-89.
- O'Brien, T. B. e DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *Journal of Personality*. 64: 775-813.

- Parkes, K.R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46: 655-668.
- Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: Tavares, J. (Org.) *Resiliência e educação*. Pp.77-94. Cortez, São Paulo.
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72(2): 159-169.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In: Tavares, J. (Org.), *Resiliência e educação*. pp.95-114. Cortez, São Paulo.
- Roazzi, A., Carvalho A. D., & Guimarães, P.V. (2000). *Análise da estrutura de similaridade da síndrome de burnout: Validação da escala "Maslach Burnout Inventory" em professores*. Trabalho apresentado no V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teoria e prática & VIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos, Belo Horizonte, MG.
- Rosch, P. J. (1996). Revaging of Russia: A study in psychosocial stress. *Stress Medicine*. 13 (1): pp. 1-8.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*. 14: 626-631.
- Ryan-Wenger, N.M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*. 62: 256-263.
- Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*. 24(2): 227-238.
- Seeger, G. & Van Elderen, T. (1996). Examining a model of stress reactions of bank directors. *European Journal of Psychological Assessment* 12(3): 212-223.

- Seidl, E. M. F., Troccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17: 225-234.
- Selye, H. A. (1952). *The story of the adaptation syndrome*. Acta, Montreal. 225p.
- Spielberger, C. (1979). *Understanding stress and anxiety*. Multimedia Publications, Curaçau.
- Tapp, J. T. (1985). Multisystems holistic model of health, stress and coping. *In: Stress and coping*. Field, T. M.; McCabe, P. M. & Scheneiderman (Orgs.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Torres, N. & Coelho, M. E. (2004). O stress, o transtorno do pânico e a psicoterapia: a pessoa e sua vida. *In M. Z. Brandão et al. (Eds), Sobre comportamento e cognição. Contingências e meta contingências: contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta*. Vol.13, pp. 339-344. Santo André: ESETEC.
- Trombeta, L. H. & Guzzo, R. S. L. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Alínea, Campinas.
- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 103: 44-50.
- Vinay, A.; Esparbés-Pistre & Trap, P. (2000). Attachement et strategies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'éducation familiale*, pp. 9- 29.
- Zeitlin, L. R. (1995). Organizational downsizing and stress-related illness. *International Journal of Stress Management*. 2(4): 207-220.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. The Guilford, Press New York.
- Werner, E.E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3): 81-85.

- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*. 64: 737-774.
- Yamamoto, O. H., & Campos, H. R. (1997). Novos espaços, práticas emergentes: Um novo horizonte para a psicologia brasileira? *Psicologia em Estudo*. 2: 89-111.
- Yunes, M. A. M. (2001). *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de Doutorado, Programa de Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 239p.
- Yunes, M. A. M. & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In: Tavares, J. (Org.). Resiliência e educação*. pp.13-42. Cortez, São Paulo.

ANEXOS

ANEXO 1

PLANILHA COM ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

- 1) Como estão os relacionamentos nas diferentes áreas da sua vida?
(trabalho, família, etc.)
- 2) A sua família exerce alguma influência na sua atuação aqui na clínica?
- 3) Você vem se sentindo estressada?
- 4) Como você vem se sentindo ultimamente no trabalho?
- 5) Você poderia me falar a respeito de emoções positivas que você tem experienciado com relação ao trabalho?
- 6) Quais as causas dessas emoções positivas?
- 7) Eu estou tentando entender as fontes de estresse. Você poderia dizer algumas reportando a sua vivência terapêutica?
- 8) Como você julga a sua jornada de trabalho?
- 9) Há quanto tempo você vem atuando na área clínica?
- 10) Como você vem lidando com essas fontes de estresse e com as emoções negativas?
- 11) Você possui alguma filosofia de vida?
- 12) Como é o seu relacionamento com a família?
- 13) Como é a sua forma particular de levar a vida? (estilo de vida)
- 14) Costuma praticar atividade física?
- 15) Possui algum hobby?
- 16) Como é o seu relacionamento com o social? (rede social)
- 17) Você costuma cultivar amizades?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO.

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelo telefone 32271071. Como já foi dito anteriormente, você está sendo convidada a participar como voluntária, então, não se sinta constrangida em caso de recusa.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Fontes de estresse ocupacional *coping* e resiliência em psicólogas clínicas no ambiente de consultório.**

Pesquisador Responsável: **Luciana Roncato**

Telefone para contato: **32781703 / 99279224**

A pesquisa tem como objetivo, explorar fontes de resiliência, estresse profissional, *coping* em psicoterapeutas/psicólogas clínicas. Existem poucas pesquisas que falam sobre o estresse do psicólogo no seu exercício profissional, embora o profissional da saúde mental esteja sujeito ao estresse ocupacional. Tendo o estresse como uma das várias condições adversas, que o psicólogo encontra no exercício da sua profissão, investigarei os fatores, as fontes que levam esses profissionais a serem resilientes e observar a forma com que os psicólogos clínicos lidam com o estresse e com as conseqüências emocionais e cognitivas geradas por ele.

A pesquisa terá os seguintes procedimentos: As coletas dos dados irão ser feitas via entrevista e por meio da aplicação do teste ISSL (O inventário de

sintomas de *stress*) Lipp, M. N. (2001). As entrevistas e aplicação dos testes serão gravadas, para facilitar a coleta dos dados. E esses, ficarão em sigilo e anonimato, sendo utilizados apenas para os objetivos da pesquisa.

Serão realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas, com a duração de aproximadamente uma hora. Os testes serão aplicados antes da entrevista, com duração de aproximadamente trinta minutos, com perguntas fechadas. As participantes serão classificadas nas fases de estresse, de acordo com o ISSL.

Nome da Pesquisadora: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: _____

ANEXO 3

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____, CRP nº _____
abaixo assinado, concordo em participar do estudo:
Fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência em psicólogas clínicas no ambiente de consultório, como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora **Luciana Roncato** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem nenhum constrangimento.

Local e Data: _____

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite da participante em participar.

Testemunhas (não ligadas à pesquisa):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____