

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT**  
**PSICOLOGIA**

**LETÍCIA DO PRADO CRUZ**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO STRESS  
OCUPACIONAL ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DA  
SAÚDE NO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

**ATIBAIA-SP**

**2019**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT**  
**PSICOLOGIA**

**LETÍCIA DO PRADO CRUZ**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO STRESS  
OCUPACIONAL ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DA  
SAÚDE NO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia pela UNIFAAT, sob orientação do Professor Juliano Rodrigues Afonso.

**ATIBAIA-SP**

**2019**

Cruz, Letícia do Prado  
C962e Estratégias de enfrentamento do stress ocupacional adotadas por profissionais da saúde no serviço de pronto atendimento. / Letícia do Prado Cruz, - 2019.  
53 f.; 30 cm.

Orientação: Juliano Rodrigues Afonso

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Centro Universitário UNIFAAT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia da Faculdades Atibaia, 2019.

1. Stress ocupacional 2. Profissionais de saúde 3. Coping 4. Pronto atendimento 5. Terapia cognitivo-comportamental I. Cruz, Letícia do Prado II. Afonso, Juliano Rodrigues III. Título

CDD 150

# **CURSO DE PSICOLOGIA**

Termo de aprovação

LETÍCIA DO PRADO CRUZ

“Estratégias de Enfrentamento do Stress Ocupacional Adotadas por Profissionais da Saúde  
no Serviço de Pronto Atendimento”

Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia para apreciação do professor orientador Juliano Rodrigues Afonso, que após sua análise considerou o Trabalho \_\_\_\_\_, com nota \_\_\_\_\_.

Atibaia, SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Profº. Juliano Rodrigues Afonso

## Dedicatória

*Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que, apesar das imensas dificuldades presentes na atuação, não deixam de exercer com amor sua profissão, em especial àqueles que me acompanharam e cuidaram tão bem de mim e de meus pais quando ainda estávamos no processo de adaptação às mudanças que o ano de 2001 trouxe para nossas vidas, e à Dr<sup>a</sup> Juliana, que me acompanha até hoje e é, sem sombra de dúvidas, uma profissional exemplar.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais por sempre terem me dado tanto apoio e nunca terem me deixado desistir, mesmo quando eu mesma julgava que não conseguiria mais continuar. Obrigada por sempre terem acreditado em mim, me encorajado e me confortado nos momentos difíceis.

Agradeço também a meus amigos queridos Gabriela B., Jonatás, Arthur e Gabriela S. por todos os sorrisos e risadas que já vivemos juntos e que continuam me inspirando mesmo quando estamos longe.

À meu professor orientador Juliano, por sempre trazer avaliações tão positivas sobre o meu trabalho no decorrer de sua produção e por reconhecer de forma tão gratificante meu empenho.

*“So many souls, that lost control  
Where did they fall?  
Into the deep, what do they seek?  
Where did they fall?”*

*(Aurora - Under The Water)*

## RESUMO

O termo stress ocupacional refere-se às tensões desencadeadas ou produzidas dentro do ambiente laboral, que abrangem desde a complexidade das atividades a serem desempenhadas e a exigência por resultados até a qualidade das relações hierárquicas e entre os próprios colaboradores. O presente trabalho tem por objetivo discorrer sobre o stress ocupacional e as estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais da saúde que atuam no pronto atendimento, ambiente ocupacional potencialmente favorecedor de maiores índices de tensão emocional em decorrência da configuração das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde associada ao contato contínuo com situações de adoecimento, sofrimento físico e emocional, óbito e conflitos relacionais com pacientes e acompanhantes. Com a identificação das estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas para o manejo e adaptação aos referidos eventos estressores, pretende-se compreender e apontar sua eficácia e efetividade, analisando-se os componentes cognitivos, emocionais e comportamentais das mesmas, além de averiguar os possíveis efeitos, tanto do stress ocupacional, quanto de seu coping, na qualidade do serviço prestado aos pacientes. Para isto, realizou-se em conjunto com a revisão da literatura científica acerca do tema em livros e periódicos online, sob o enfoque da Terapia Cognitivo-Comportamental, a análise de um estudo de caso originalmente efetuado junto a funcionários de um hospital de habilitação e reabilitação, em que os autores averiguaram as fontes de satisfação e insatisfação em relação ao programa de manejo de stress ocupacional implantado na instituição. A partir do referido estudo, obteve-se que os profissionais que participaram da pesquisa puderam adquirir estratégias de enfrentamento mais saudáveis e adaptativas para lidar com o stress ocupacional, principalmente através do apoio social exercido pelo grupo e da reestruturação cognitiva favorecida pela intervenção.

**Palavras-chave:** Stress Ocupacional; Profissionais de Saúde; Coping; Pronto Atendimento; Terapia Cognitivo-Comportamental.



## ABSTRACT

The term occupational stress refers to the tensions triggered or produced within the work environment, ranging from the complexity of the activities performed and the demand for results to the quality of hierarchical relationships and between the employees. The present work aims to discourse about the occupational stress and the coping strategies used by health professionals who work at emergency service, considering that this workplace is particularly inclinable to produce higher levels of emotional tension as a result of the activities developed by health teams combined to the continuous contact with illness, physical e emotional suffering, deaths and relational conflicts with patients and their companions. It was intended to identify the efficiency and the effectiveness of coping strategies used by professionals under these conditions, understand and point out their capacity of dealing with stressful events and adapting to them. The cognitive, emotional and behavioral components of these strategies were analyzed, as well as the possible effects of the stressful events over the professionals and their capacity of coping over the quality of the medical care provided to the patients. For that, the review of scientific articles and books, based on the Cognitive-Behavioral Therapy, were combined to a case study analysis originally realized with a habilitation and rehab hospital employees, in which the authors investigated sources of satisfaction and dissatisfaction toward an occupational stress management program applied by them. With this analysis was concluded that the research participants were able to develop healthier and more adaptive coping strategies to deal with the occupational stress after the intervention, especially through the social support offered by the group and the cognitive restructuring favored by the program.

**Keywords:** Occupational Stress; Health Professionals; Coping Strategies; Emergency Service; Cognitive-Behavioral Therapy

## SUMÁRIO:

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1 - DEFININDO O STRESS.....</b>	<b>15</b>
1.1 Evolução do conceito de stress ao longo da história.....	15
1.2 O stress na perspectiva cognitivo-comportamental.....	19
<b>CAPÍTULO 2 - PRÁTICA INTERVENTIVA.....</b>	<b>29</b>
2.1 Processo avaliativo.....	29
2.2 Tratamento do stress.....	32
2.3 Tratamento do stress em profissionais de saúde.....	37
<b>CAPÍTULO 3 - ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>40</b>
3.1 Apresentação do trabalho.....	40
3.2 Método adotado.....	40
3.3 Estudo de caso sobre o enfoque da Terapia Cognitivo-Comportamental.....	41
3.3.1 Avaliação inicial.....	41
3.3.2 Temas trabalhados.....	42
3.3.3 Técnicas utilizadas.....	43
3.3.4 Resultados obtidos.....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUÇÃO:

O stress tem sido uma temática bastante recorrente e vem se popularizando cada vez mais, chegando inclusive a ser considerado como um dos grandes males da sociedade contemporânea. Contudo, embora possa parecer um acometimento recente e nocivo, o stress sempre esteve presente na sociedade desde tempos mais remotos, de modo que o que vem ocorrendo atualmente são mudanças cada vez mais dinâmicas e ágeis na sociedade, que acarretam a necessidade de um constante processo de adaptação, o que pode vir a ser potencialmente desgastante e, por isso, estressor (LIPP; MALAGRIS, 2011).

Assim, esses novos estressores que surgem com a modernização dos tempos (maior velocidade das respostas, as inovações tecnológicas, a globalização, a competitividade, agravos de problemas sociais, etc.) podem afetar a população em diversas esferas (pessoal, relacional, familiar, social e ocupacional) e em diferentes níveis e modos, causando desde um aumento do estado de alerta para o enfrentamento da situação, até um comprometimento severo da saúde levando ao desenvolvimento ou agravamento de doenças e, com isso, à deterioração da qualidade de vida (LIPP; MALAGRIS, 2011; LIPP; MALAGRIS, 2001).

No que tange ao stress ocupacional na área da saúde, tem-se que o trabalho em hospitais pode ser um potencial estressor e causador de sofrimento e adoecimento, seja a nível físico ou psíquico, conforme indicado pelos estudos de Maturana e Valle (2014). Sua pesquisa com o Inventário de Estratégias de Coping de Lazarus e Folkman adaptado para o Português apontou quatro grandes grupos de fontes estressoras mais comuns para estes profissionais, a saber: *problemas institucionais*: abrangendo desde a burocracia, até a falta de funcionários e materiais; *função no trabalho*: em relação ao acúmulo e mudança de funções; *comunicação e relacionamento* entre a equipe e outros profissionais e *sentimentos relacionados ao atendimento dos pacientes*: especialmente quanto ao lidar com a dor, a doença e o óbito.

Não obstante, ao utilizarem-se também do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, constataram a presença de estresse em 51,6% dos profissionais da amostra, que contava com 60 participantes, sendo ao todo 20 enfermeiros, 20 psicólogos e 20 assistentes sociais, sendo que desses participantes, 65% dos assistentes sociais, 50% dos enfermeiros e 40% dos psicólogos apresentaram sintomas de stress.

Contudo, apesar da incidência da temática, no levantamento realizado por Moraes (2012), identificou-se que há um número bastante reduzido de trabalhos acadêmicos sobre o

stress ocupacional e seu enfrentamento em profissionais de saúde, havendo o predomínio de estudos voltados para a área da medicina e da enfermagem, o que chama a atenção já que a vivência quase que diária das chamadas situações-limite (isto é, os binômios vida e morte e saúde e doença) exerce importante influência no bem-estar das equipes de saúde (MATURANA; VALLE, 2014).

Em relação ao conceito de stress, podemos entendê-lo, conforme Lipp e Malagris (2001), como uma reação psicofisiológica normal e natural de cunho adaptativo àquilo o que é novo, desconhecido ou temido pelo organismo, e, portanto, ameaça sua sobrevivência. Assim, em função de retomarmos o estado de equilíbrio anterior e garantirmos tanto a sobrevivência àquele evento específico, quanto a continuidade de nossa sobrevivência, buscamos, cada um de acordo com seu repertório de experiências de enfrentamento de situações-problemas, lidar com o evento estressor para eliminá-lo ou reduzir os danos causados.

É mediante à essa desconfortável sensação gerada no organismo, bem como aos pensamentos e sentimentos à ela associados, que o ser humano busca estratégias de enfrentamento (coping) para superá-la e voltar a sua homeostase (LIPP; MALAGRIS, 2011, LIPP, s/d). A grande problemática se dá quando essa reação extrapola os níveis que cada organismo, de maneira única e singular, tem de tolerância à tensão para superar ou adaptar-se a nova situação, ou quando o organismo, por algum motivo, não dispõe de recursos de enfrentamento adequados, resultando em maior vulnerabilidade aos eventos estressores.

Especificamente sobre o stress ocupacional, Zanelli e cols (2010) e Papini e Pinto (2000) apontam que ainda que o stress seja uma reação do sujeito, cabe também as instituições de trabalho zelar sobre as condições, organização e relações de trabalho para que estas sejam saudáveis, isto é, adequadas às capacidades e as limitações de cada profissional, sempre respeitando-se os limites que o ser humano, naturalmente, tem em termos tanto físicos, quanto emocionais, visto que o adoecimento ou a qualidade de vida no trabalho se dão, de forma dinâmica e complexa, pela interação do sujeito e suas particularidades com a conjuntura do ambiente de trabalho, a intensidade e exigência sobre sua ação e as possibilidades e também dificuldades na relação com os demais indivíduos envolvidos (chefia, clientes e colegas).

Desse modo, existe então um stress ocupacional inerente ao desenvolvimento do trabalho, ou seja, inerente a rotina de trabalho, ao tipo de função desempenhada, as atividades exercidas e a exigência de resultados, o que é esperado. Contudo, a depender da qualidade e intensidade dessas condições e situações, elas podem vir a ocasionar maior ou menor sofrimento àqueles que estão sendo expostos as mesmas.

Portanto, deve-se sempre lembrar que ao mesmo passo que a forma como o sujeito lida com os eventos estressores influencia em sua capacidade de enfrentamento e na reação de stress, há circunstâncias que são potencialmente estressoras para o organismo, independentemente de seu coping ou resiliência. Assim, no ambiente de trabalho, podemos considerar que a excessiva exigência de resultados, cargas horárias cada vez mais longas e a sobrecarga das atividades a serem desempenhadas estão na base da perda do sentido da ação e no adoecimento (ZANELLI, 2010; SADIR; LIPP 2009, LIPP s/d).

Não obstante, conforme os pressupostos da Terapia Cognitiva-Comportamental, que compreende a experiência e as relações humanas em termos da interação dinâmica entre as crenças (sejam elas racionais ou irracionais), as emoções e os comportamentos (KNAPP; BECK, 2008), pode-se, concomitantemente ao conceito trazido por Lipp, compreender o stress como uma resposta à uma situação que é interpretada como ameaçadora. Tal reação não envolve apenas o componente comportamental, mas também mobiliza crenças e emoções intensas ao passo que o sujeito luta para se adaptar e superar o evento tido como desestabilizador.

Assim, a capacidade de resolução de problemas, isto é, de enfrentamento do evento estressor, trata-se de um aprendizado construído progressivamente ao longo da experiência de vida do sujeito à medida que ele entra em contato com diferentes contextos ambientais e os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais a eles associados (RANGÉ, 2001; LIPP; MALAGRIS, 2001). Portanto, a qualidade dessa reação, bem como sua intensidade, depende da relação estabelecida entre a situação-problema em si e o repertório de experiências prévias do sujeito com circunstâncias similares, isto é, que tenham algum aspecto em comum com a problemática atual. Esta condição se consolida a medida em que:

- a) Outros elementos a reforçam, seja pela efetividade que a resposta vem tendo nas resoluções em que é utilizada ou seja pelos ganhos secundários obtidos com o comportamento apresentado;
- b) Forma-se um padrão de crenças e respostas emocionais, funcionais ou disfuncionais, que fundamenta a maneira pela qual o sujeito age e os porquês desta ação, estendendo-se para além da questão de sua efetividade e auto eficácia, assim abrangendo também percepções distorcidas sobre a tarefa, as condições e a necessidade de realizá-la (ABREU; GUILHARDI, 2004; RANGÉ, 2001).

Diante do exposto sobre os conceitos de stress e stress ocupacional, a perspectiva Cognitivo-Comportamental e a vivência do tema no contexto da saúde hospitalar, pode-se considerar que as mesmas questões mais gerais sobre o stress ocupacional e a qualidade de vida ou adoecimento no trabalho (como a exigência excessiva por resultados, pela manutenção do

foco de atenção, a tensão gerada pela intensidade e velocidade de produção ou realização das tarefas, as longas e exaustivas jornadas de trabalho e os problemas relacionais dentro da instituição), são fatores também comuns aos profissionais no âmbito da saúde, principalmente no que tange àqueles que atuam em instituições hospitalares e pronto atendimento.

Desse modo, o objetivo geral deste trabalho é o de poder identificar as estratégias de enfrentamento (coping) que os profissionais da saúde que atuam no serviço de pronto atendimento utilizam mediante as situações de stress ocupacional vividas no dia a dia de trabalho. Com isso, os objetivos específicos consistem em, com base na literatura acerca do tema e à luz da Terapia Cognitivo-Comportamental, poder identificar, compreender e apontar tais estratégias no que concerne sua eficácia e efetividade no manejo e adaptação aos eventos estressores, analisando-se os componentes cognitivos, emocionais e comportamentais das mesmas. Concomitantemente a isto, objetiva-se também poder averiguar os possíveis efeitos, tanto do stress ocupacional, quanto de seu coping, na qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde a seus pacientes. Ao compreender o stress vivido e como é enfrentado, espera-se poder propor possíveis sugestões de projetos voltados a saúde mental e qualidade de vida no trabalho desses profissionais.

Mediante a tais objetivos, a problemática desta pesquisa questiona quais são as estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas por estes profissionais frente ao stress ocupacional; quais componentes cognitivos, emocionais e comportamentais encontram-se na base das mesmas; se elas promovem um adequado manejo ou adaptação às situações de stress e quais são os efeitos desse stress e de seu coping sobre a eficácia do atendimento prestado pelo profissional a seus pacientes.

Justifica-se a escolha pelo referido tema em virtude de sua afinidade com o primeiro tema pensado para a execução da pesquisa, o qual dizia respeito sobre o impacto do stress em estudantes universitários, além da identificação pessoal com a temática. Corrobora ainda para com a justificativa pessoal as observações da rotina dos profissionais de saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, em uma cidade do interior de São Paulo, onde o estágio de projeto de pesquisa foi realizado, no segundo semestre de 2018. Tais observações revelaram não somente a incidência de estímulos estressores sobre os sujeitos, mas também o impacto emocional, sobre o sentido do trabalho e, conseqüentemente, para a qualidade do serviço prestado.

Não obstante, reside na justificativa social do presente trabalho a importância e necessidade da discussão do tema proposto, bem como o destaque que o stress ocupacional tem ganhado nos últimos anos em artigos, congressos, publicações, sendo também bastante

comentado no âmbito midiático, de modo que muito se fala a respeito não mais somente de seu conceito, causas, variáveis e impacto para as organizações e para os trabalhadores dentro delas, mas também sobre a importância da qualidade de vida no trabalho (ZANELLI, 2010). Ainda assim, com base nos materiais encontrados para a confecção deste trabalho, notou-se que ainda parecem haver poucas publicações que se dediquem a explorar com maior profundidade como a pessoa por trás do profissional lida com o fenômeno, como o percebe e como se sente impactada ou afetada pelo mesmo do ponto de vista emocional, inclusive para além do ambiente de trabalho.

Isto é, na grande maioria das publicações a respeito do tema predominam questões referentes ao comprometimento da produtividade e das relações de trabalho, as condições de trabalho e a sintomatologia do stress ocupacional, tal como pode-se observar nos trabalhos de Lipp (s/d), Papini e Pinto (2000) e Sadir e Lipp (2009). Portanto, eis a relevância de estudos a respeito da temática, para que se possa pensar em medidas não apenas mediadoras, mas também preventivas frente a demanda e o comprometimento da saúde física e emocional de profissionais.

Para responder as problemáticas propostas e cumprir com os objetivos levantados, apoiando-se também nas justificativas que fomentam a escolha do tema a ser trabalhado, o presente estudo será desenvolvido a partir da revisão da literatura acerca do tema e das contribuições da Terapia Cognitiva-Comportamental para seu manejo no campo teórico-prático. Para tanto, serão consultados livros e artigos científicos disponíveis em bases de dados eletrônicas.

## **CAPÍTULO 1 - DEFININDO O STRESS**

### **1.1 Evolução do conceito de stress ao longo da história**

Conforme apontado por Silva, Goulart e Guido (2018), em sua revisão da evolução histórica acerca do conceito de stress, em consonância com Lipp e Malagris (2011), pode-se considerar que não apenas o homem contemporâneo, mas também o homem pré-histórico vivenciava eventos estressores, como o desgaste físico mediante ao trabalho (caça e luta pela sobrevivência), a exposição a condições climáticas extremas, a fome, a sede, doenças e medo, que até os dias atuais podem ser considerados como estressores comuns à todos os organismos.

Contudo, em relação aos estudos acerca do tema, até o século XVII o termo stress aparecia nas produções inglesas esporadicamente, como sinônimo de aflição e adversidade. (LAZARUS; FOLKMAN, 1994 apud LIPP, 2003). Somente a partir do século XVII é que tal termo passou a indicar a relação entre tensão, angústia e desconforto e, posteriormente, no século seguinte, aproximou-se do meio e da psicologia industrial, designando a relação entre a pressão ou esforço e sua influência física sobre os trabalhadores (LIPP, 2003).

Foi durante os séculos XVIII e XIX, mais precisamente, que a concepção de stress teve seu enfoque mais voltado para o âmbito industrial, passando a entrelaçar-se aos conceitos de força, esforço e tensão aplicados a este meio, exatamente no período da Revolução Industrial, marcada “pelo notável desenvolvimento econômico e deslocamento dos indivíduos do meio rural para o urbano a fim de trabalhar nas fábricas, o que levou a modificações radicais nas condições de vida da sociedade” (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018, p.149).

Com a ascensão e intensificação do modelo de produção e consumo em massa do capitalismo, o trabalho nas indústrias se tornava cada vez mais árduo e exaustivo, contando com longas horas de jornada. Isto, aliado às condições degradantes e muitas vezes impróprias para a segurança e saúde dos trabalhadores e às demais vulnerabilidades sociais da época, comprometiam a eficácia e efetividade do trabalho, causando prejuízos à produção por adoecimento e falta de mão de obra, o que passou a progressivamente levantar discussões sobre as condições de trabalho e saúde do trabalhador e sobre a temática do stress aplicado a indústria (MATTOS, 2010; ROBINSON; PAULON, 2008; SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

Concomitantemente, em meados do século XIX, algumas hipóteses começaram a ser levantadas sobre a relação entre a experiência emocional e o desenvolvimento de doenças



físicas e mentais. Primeiramente, o fisiologista francês Bernard Claude propôs em 1879 a ideia da existência de um mecanismo ou capacidade dos organismos em preservar a estabilidade, ou o equilíbrio, enquanto bem-estar, de seu meio interno frente as mudanças ocorridas no ambiente externo, que posteriormente, em 1939, foi retomado por Walter Cannon, que denominou tal processo de “homeostase orgânica” (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018; LIPP, 2003).

Já em 1910 Osler, mediante ao estudo de um grupo de médicos acometidos por dores no peito (angina pectoris), no qual notou-se a presença das variáveis “excesso de trabalho” e “preocupação” como resultado, discorreu acerca da influência do stress (enquanto eventos estressantes) e da preocupação (reação ao stress) sobre a manifestação de doenças coronárias.

Com isso, pode-se compreender que Osler acabou por estabelecer um paralelo com a ideia de stress adotada no meio industrial da época, propondo que a noção de evento estressante seria equivalente à de “trabalho excessivo”, de modo que a “preocupação”, enquanto reação a este trabalho, isto é, ao evento estressante, seria um equivalente a tensão decorrente da força e do esforço utilizada pelo sujeito para executar o trabalho (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018; LIPP, 2003).

Influenciado pelos estudos de Bernard, Osler e Cannon e com base em suas observações clínicas, o endocrinologista Hans Selye sugeriu em 1926 a “síndrome de adaptação geral” como o conjunto das reações do organismo ao stress, definindo o termo stress como o rompimento do estado de homeostase (em 1936), conceitos que o levaram a criar o modelo biológico (ou trifásico) do stress (LIPP, 2003).

De acordo com Townsend (2011), em 1956 Selye publicou uma pesquisa na qual definia o stress como uma resposta biológica do organismo à mudança. Esta resposta consistiria na manifestação de uma série de sintomas, “síndrome da luta ou fuga”, como ficou mais conhecida. A principal finalidade dessas respostas ou reações seria a adaptação do organismo a mudança visando sua sobrevivência, tanto em relação a estímulos físicos, quanto emocionais, a chamada “síndrome de adaptação geral”, que Selye dividiu em três fases: alarme, resistência e exaustão.

Na fase de alarme seriam desencadeadas as reações fisiológicas da síndrome da luta ou fuga, preparando o organismo física e psiconeurologicamente para defender-se do agente estressor. Na fase de resistência essas reações fisiológicas seriam mobilizadas como uma espécie de defesa mediante a persistência do estímulo estressor, visando promover a adaptação, recuperando-se assim o estado anterior de equilíbrio e impedindo, ou ao menos adiando, a terceira fase e, assim, regredindo os sintomas inicialmente incitados (TOWNSEND, 2011; LIPP, 2003).

Contudo, se a adaptação não é bem-sucedida, isto é, o estímulo estressor prevalece, os sintomas ou reações inicialmente desencadeados como forma de defesa, seriam substituídos pelo esgotamento da energia adaptativa, dando início a fase de exaustão, na qual o organismo já não conseguiria mais dispor de recursos que permitam sua adaptação, o que o levaria ao adoecimento e até mesmo a morte, em caso de não haver intervenção sobre o estado de exaustão (SELYE, 1956, 1954 apud TOWNSEND, 2011; LIPP, 2003).

Posteriormente à teoria de Selye sobre a síndrome da adaptação e as respostas de luta ou fuga, surge o modelo interacionista de Lazarus e Folkman, que propõe a relação entre os acontecimentos ambientais do meio social dos sujeitos e as reações de stress, sendo tal interação fundamental (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018,). Assim, para os dois autores, a referida relação é percebida pelo sujeito como sendo “algo que sobrecarrega ou excede seus recursos e põe em risco seu bem-estar” (TOWNSEND, 2011), o estado de homeostase proposto por Selye com base em Bernard e Cannon.

Ainda conforme Townsend (2011), Lazarus e Folkman, em meados de 1984, propuseram então que a reação de stress seria desencadeada a partir da interpretação do sujeito sobre o evento estressor, atribuindo-lhe um significado particular com base em sua avaliação cognitiva sobre a situação. Essa percepção do evento como estressante ou não levaria a resposta cognitiva do sujeito ao mesmo, de modo que, para a emissão de tal resposta, o evento passaria por duas instâncias, ou dois momentos, de avaliação: a avaliação primária e a secundária.

A avaliação primária poderia ainda ser classificada em irrelevante, benigna-positiva ou estressante a depender do impacto do evento sobre o indivíduo. Assim, um evento irrelevante seria aquele que não desperta qualquer forma de mobilização; um evento benigno-positivo seria fonte de prazer; ao passo que um evento estressante levaria a prejuízo, perda, ameaça ou desafio (ainda que o desafio pudesse produzir concomitantemente emoções positivas como entusiasmo e excitação).

A avaliação secundária, por sua vez, aconteceria mediante aos eventos que causam prejuízo, perda, ameaça ou desafio e diria respeito a uma análise das aptidões, artifícios e experiência que o sujeito detém para poder lidar com o evento estressante. Isto é, a avaliação secundária levaria em consideração as estratégias de coping disponíveis, a eficácia dos modos de resolução dos quais o sujeito dispõe e sua capacidade pessoal para utilizar os modos de enfrentamento de maneira eficaz (TOWNSEND, 2011).

Uma das adições mais recentes e importantes no entendimento do conceito e funcionamento do stress enquanto reação neuropsicofisiológica a um evento considerado como estressor pelo o organismo, foi feita pela autora brasileira Lipp, em 2000, durante o

desenvolvimento de seu Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, no qual identificou uma fase intermediária entre a resistência e a exaustão. A fase de quase-exaustão, como foi denominada, implicaria em um desgaste que compromete a ação e a adaptação do organismo, ocasionando também o surgimento de algumas doenças mediante a progressiva deterioração do sistema imunológico, mas que ainda não levariam ao esgotamento total do sujeito, permitindo que ele consiga atuar, ainda que menos adequadamente, frente aos meios sociais do qual faz parte, como, por exemplo, o trabalho (LIPP, 2003).

Por fim, contextualizando o conceito de stress dentro de uma segunda abordagem da psicologia, temos que, para psicologia sócio-histórica, o stress, especialmente no âmbito ocupacional, tem em sua base a perda do sentido da ação, na qual o sujeito se aliena à concretização de uma determinada tarefa, sem efetivamente refletir sobre o seu fazer, automatizando não somente seus movimentos, mas também sua atuação sobre o meio no qual está inserido (MATTOS, 2010).

Ainda, conforme Mattos (2010) e Robinson e Paulon (2008), esse fenômeno ocorre mediante as pressões da sociedade contemporânea, isto é, o ritmo acelerado que a ideologia capitalista e a globalização dos meios técnico, científico e interacional trouxeram para a vida moderna, intensificando a velocidade da emissão das respostas aos eventos (que precisam ser resolutivas), da produção e consumo de bens e informações e da comunicação, levando a relações cada vez mais competitivas e superficiais, em termos afetivos.

Com isso, observa-se um comprometimento da qualidade das trocas sociais, do sentimento de pertencimento ao grupo e da identificação com os papéis sociais desempenhados pelo sujeito, o que, por sua vez, leva ao adoecimento (individual e social), onde, na esfera do trabalho, surgem agravos como doenças osteomusculares, tendinites, lesões por esforço repetitivo, ansiedade, depressão e a síndrome de Burnout, que marca o completo esgotamento emocional do sujeito (MATTOS, 2010).

Ainda sobre a alienação da ação laboral, que leva então à reificação das ações e da subjetividade do sujeito, podemos compreendê-la em outros três níveis fundamentais para o processo da perda de seu sentido: a inacessibilidade ao produto final do trabalho, a já referida falta de identificação com o processo de produção (em que o sujeito não pensa sobre o seu fazer) e falta de um auto reconhecimento da importância de cada parte para o todo (RESENDE apud KONS, 2009; LANE, 2006).

Deste modo, pode-se compreender então que o sujeito submete-se a uma mecanização ou estereotipização de seu trabalho, na qual aquilo o que executa perde-se da totalidade da tarefa, passando a ser realizado como uma ação isolada e desintegrada de um todo, no qual ele

não se percebe como sendo parte do processo e ao qual nem sempre poderá ter acesso enquanto consumidor (RESENDE apud KONS, 2009; CODO, 1989; LANE, 2006). Este caminho, que o sujeito percorre sem se dar conta, o guia rumo ao adoecimento a medida em que as ações vão se desprendendo de seu aspecto afetivo-volitivo que as motive, tornando-se apenas um fazer por fazer, que leva a uma constante sensação de desgaste emocional (stress) na tentativa de continuar a atividade laboral e também mediante a necessidade de mantê-la como meio de garantir o acesso a moradia, alimentação, segurança, bens de consumo e, muitas vezes, status (adaptação).

## **1.2 O stress na perspectiva cognitivo-comportamental**

Conforme previamente suscitado, o conceito de stress tem evoluído ao longo da história através de pesquisas empíricas, da revisão da literatura e do surgimento de novas fontes e formas de saber, como é o caso das abordagens psicoterápicas dentro da Psicologia. Essas novas formas de compreender um fenômeno também passam, no decorrer de seu desenvolvimento e consolidação, por uma evolução conceitual mais ampla e contextualizada a seu respeito e sobre como intervir sobre ele, como veremos a seguir em relação à Terapia Cognitivo Comportamental.

No início da década de 70 as Terapias Cognitivo-Comportamentais começavam seu percurso evolutivo em meio as psicoterapias já consolidadas da época (a psicanalise, o behaviorismo e o humanismo), surgindo como a “quarta força”. Este movimento se deu mediante ao crescente descontentamento com a efetividade do modelo behaviorista, em alta até os anos 60, visto que não era capaz de explicar questões mais profundas e complexas acerca da motivação interna para uma série de comportamentos humanos, limitando-se a concepções reducionistas ao considerar apenas as reações observáveis. Assim, as intervenções exclusivamente comportamentais vinham se mostrando totalmente infrutíferas em diversos casos e quadros psicopatológicos, cujo o cerne do adoecimento e do sofrimento estava no modo como os pacientes pensavam, isto é, em seu funcionamento cognitivo (DOBSON; SCHERRER, 2004).

Logo, ainda segundo Dobson e Scherrer (2004), a perspectiva estritamente comportamental passava a ser cada vez mais confrontada e questionada mediante aos achados e pesquisas dentro da Psicologia geral que adotavam um ponto de vista interacionista (ou mediacional), como os trabalhos de autores como Bandura e Vygotsky, que consideravam a

influência do contexto sociocultural, da instituição familiar, das trocas com o meio social, da qualidade e dinâmica das relações, do conceito de auto eficácia, da autoimagem e da capacidade de pensar sobre os próprios atos e suas consequências, dentre outras questões que eram progressivamente levantadas. Desse modo, não demorou para que laboratórios de pesquisa em Psicologia passassem a apoiar e investir em modelos cognitivos mediacionais e também de processamento de informação.

Por outro lado, também de acordo com os autores, as teorias psicodinâmicas de personalidade, apesar de se tornarem cada vez mais conhecidas, ainda não detinham boa aceitação no meio científico da época, sendo muito criticadas quanto sua real aplicabilidade e eficácia terapêutica. Este fator também foi um importante facilitador para o processo de reconhecimento e consolidação das terapias de cunho cognitivo-comportamental. Não obstante, mediante aos eventos previamente apresentados e que levaram a popularização da chamada “quarta força” nesse período, uma série de profissionais da área da saúde mental (terapeutas e teóricos) identificaram-se com a perspectiva, ajudando não somente a difundir-la, mas também, com base em seus preceitos primordiais, elaboraram vastas formas ou modelos para aplicá-la. Entre os principais nomes, e pioneiros, das TCC's estão, conforme Dobson e Scherrer (2004) e Dobson e Dozois (2006):

- Ellis, com a TREC (Terapia Racional-Emotivo-Comportamental), em que se trabalha com a irracionalidade das crenças demandantes;
- Beck, com a Terapia Cognitiva, voltada ao trabalho com esquemas de crenças acessados através da flecha descendente (pensamentos automáticos, crenças intermediárias ou secundárias e crenças centrais), destacando principalmente a atuação das distorções cognitivas sobre as respostas comportamentais e emocionais;
- Meichenbaum, com o Treinamento de Autoinstrução (que se pautava em um programa de pesquisas voltado a investigação da influência de aspectos cognitivos na mudança de comportamento por meio da relação entre as instruções verbais e as respostas emitidas) e, posteriormente, com o Treinamento de Inoculação de Stress ou Terapia Cognitivo-Comportamental (embasada nas abordagens de habilidades de enfrentamento e voltada a facilitação da capacidade do sujeito em lidar assertivamente com situações estressoras);
- Goldfried, com a Reestruturação Racional Sistemática (que visava possibilitar a percepção de padrões circunstanciais de maneira mais precisa, com base na capacidade de auto relaxamento do sujeito enquanto habilidade de enfrentamento) e a *Terapia de Resolução de Problemas*, em parceria com D’Zurilla (como uma variação do

treinamento de autocontrole, possibilitando que o paciente atue como seu próprio terapeuta);

- Rehm, com a Terapia de Autocontrole, baseada na execução dos três processos inerentes a auto regulação de Kanfer, que seriam o auto monitoramento, a auto avaliação e o auto reforço.

Já os modelos mais recentes e contemporâneos da abordagem, dizem respeito a Terapia Estrutural e Construtivista de Guidano e Liotti, que se fundamenta no aperfeiçoamento e participação ativa do conhecimento do sujeito sobre si mesmo e sobre o mundo como forma de modificar a estrutura cognitiva disfuncional em um sistema de crenças menos distorcido e, portanto, favorecedor de maior assertividade e adaptação (DOBSON; SCHERRER, 2004).

Deste modo, com a crescente ascensão das TCC's, pesquisas empíricas e estudos sobre essa forma de intervenção terapêutica elucidaram sua igual ou maior efetividade em comparação as intervenções puramente comportamentais, conferindo-lhe um status de alta resolutividade e um reconhecimento científico bastante positivo dentro da Psicologia.

Assim, de acordo com o explanado até o momento, é possível perceber que as TCC's podem ser classificadas em três divisões principais, que seriam as terapias de reestruturação cognitiva, as terapias de treino em habilidades de enfrentamento e as terapias de treino em resolução de problemas (MAHONEY; ARKNOFF 1978 apud DOBSON; DOZOIS, 2006). Contudo, embora haja distinções no modo de trabalho terapêutico em cada modelo existente dentro das Terapias Cognitivo-Comportamentais, todas as TCC's compartilham três premissas principais que fundamentam a compreensão da experiência humana e o manejo clínico, a saber: "1. A cognição afeta o comportamento; 2. A cognição pode ser monitorada e alterada; 3. A mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva" (DOBSON; DOZOIS, 2006, p.17).

Portanto, conforme previamente exposto durante a introdução, tem-se que a Terapia Cognitiva-Comportamental considera o homem, bem como sua forma de se relacionar consigo mesmo e com os outros dentro do ambiente em que está inserido, com base em três componentes, ou dimensões, que se influenciam mutuamente: as crenças (racionais ou irracionais), emoções e comportamentos (adaptativos e assertivos ou não), (KNAPP; BECK, 2008). Esta interação entre as três esferas se dá tanto a nível de processamento da informação ou estímulos advindos do meio externo e interno, quanto a nível de tomada de decisão e reação a tais eventos, que serão proporcionais a maneira como o sujeito os interpreta (ABREU; GUILHARDI, 2004).

Assim, considerando-se tais aspectos sobre a TCC, é possível então compreender o stress enquanto uma resposta emocional, comportamental e fisiológica a uma determinada situação que é tida pelo sujeito, com base em seu repertório de experiências anteriores e de crenças que se formaram a partir delas, como ameaçadora e mediante a qual são mobilizadas também intensas emoções a medida que este organismo age ou luta, igualmente de acordo com seu repertório prévio, para se adaptar e superar o evento interpretado como desestabilizador.

Logo, a capacidade de resolução de problemas, isto é, de enfrentamento do evento estressor, diz respeito a um aprendizado constituído e atualizado no decorrer das experiências vividas pelo sujeito, pelas quais ele se depara com contextos ambientais distintos e os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais a eles relacionados (RANGÉ, 2001; LIPP; MALAGRIS, 2001). Não obstante, podemos também estabelecer que as características e nuances da reação de stress estão intrínseca e condicionalmente vinculadas a relação constituída entre a situação-problema atual e as experiências anteriores do sujeito com situações semelhantes de alguma forma, de modo que tal condição é progressivamente estabelecida através:

- a) De elementos afetivos e ambientais que a reforçam, como a efetividade da resposta em si, o aumento do sentido de auto eficácia do sujeito e ganhos posteriores mediante ao comportamento comumente adotado;
- b) Da estruturação de um padrão de crenças e respostas emocionais, funcionais ou não, que baseiam e apoiam as formas pelas quais o sujeito age e os motivos para sua ação, englobando para além do senso de efetividade e auto eficácia, distorções cognitivas e perceptuais sobre a situação e suas possibilidades de enfrentamento (ABREU; GUILHARDI, 2004; RANGÉ, 2001).

Ainda mais especificamente sobre como o stress é compreendido dentro de um modelo cognitivo, tem-se os apontamentos de Sardinha e Nardi (2014), com base em Beck (1979), Sternberg (2009), Lipp (2003), Alcino (2003) e Gandy, Sharpe e Perry (2012), que mais uma vez retomam a interpretação pessoal do sujeito sobre uma determinada situação como determinantes das reações emocionais, comportamentais e fisiológicas para o evento, de modo que cada indivíduo conta com esquemas cognitivos singulares, com base em sua experiência de vida, para a avaliação e tomada de decisão frente as informações.

Assim, nossa capacidade cognitiva nos possibilita analisar o quanto um evento poder ser ou não ameaçador ou desafiador, qual sua probabilidade de concretização e mobilizar estratégias para enfrentá-lo, de modo que as crenças que possuímos acerca dos recursos de

enfrentamento sobre os quais dispomos para nos adaptarmos e sobrevivermos, exercem influência fundamental na reação de stress e na adequação do manejo da situação:

Um indivíduo que está mais seguro das suas capacidades de enfrentamento de uma situação tenderá a experimentar menos estresse do que outro que julga que a situação demanda recursos que não estão disponíveis [...] Então as crenças básicas que temos sobre nós mesmos, sobre os outros e o mundo e também sobre o futuro vão afetar a forma como modulamos nossas reações aos elementos estressores do ambiente. (BECK, 1979 apud SARDINHA; NARDI, 2014).

Não obstante, conforme Gandy, Sharpe e Perry (2012 apud SARDINHA; NARDI, 2014), deve-se ainda levar em consideração que as distorções cognitivas ou erros perceptuais também atuarão sobre a reação de stress e sua intensidade, isto é, a reação de stress ou de ansiedade pode apresentar uma discrepância significativa entre o estímulo estressor concreto e a maneira como é percebido em virtude da capacidade de enfrentamento que este sujeito acredita deter sobre aquela situação, ou seja, em relação a sua própria auto eficácia.

As técnicas elucidadas por Sardinha e Nardi (2014) denotam o treino de controle de stress, relaxamento muscular progressivo, exercícios de respiração, dessensibilização sistêmica, exposição ao estímulo estressor, exposição interoceptiva e exposição e prevenção da resposta. Contudo, no setting terapêutico elas podem ser aliadas ao trabalho com a avaliação do sujeito sobre a situação, o nível de ameaça (real ou imaginário) atribuído e as formas (ou recursos) existentes para a resolução do problema.

Como pode-se notar, as técnicas acima citadas remontam ao modelo focado em concepções mais fisiológicas do Behaviorismo de Watson, que compreende as respostas, inclusive o stress, como uma reação involuntária, por ser fisiológica, a um estímulo ambiental, de modo que tais técnicas visam o controle desta reação através de mecanismos fisiológicos (como a respiração) e de exposição para a dessensibilização ao estímulo estressor, remontando ao Behaviorismo Radical de Skinner, que trabalhava com o condicionamento de respostas mediante as consequências obtidas pelo organismo (reforço), perpassando desde a modelagem até extinção do comportamento previamente condicionado (ABREU; GUILHARDI, 2004).

Retomando-se a inoculação de stress, pode-se compreender que ela seria a técnica mais conhecida e utilizada para trabalhar o controle consciente da reação de stress pelo sujeito. Tal controle se dá pelo uso de técnicas de relaxamento e treinamento de habilidades ou comportamentos assertivos para enfrentar o estímulo aversivo a medida em que se é progressivamente exposto a ele, assim dessensibilizando o organismo ao mesmo, de forma a possibilitar a adoção de respostas comportamentais e emocionais mais adequadas e adaptativas ao evento estressor (SARDINHA; NARDI, 2014). Assim, o treino de inoculação de stress pode



combinar concomitantemente exercícios comportamentais e habilidades cognitivas para resultados mais efetivos e duradouros.

Logo, embora muito utilizadas e potencialmente favorecedoras de ganhos aos pacientes em termos de um manejo mais adaptativo de situações estressoras, surge com a ascensão da perspectiva cognitivo-comportamental um enfoque que engloba mais ativa e contextualizadamente elementos afetivos e cognitivos no processo de controle da resposta de stress e enfrentamento da situação estressora (coping), trabalhando toda a construção biopsicossocial por trás desta resposta (LIPP; MALAGRIS, 2001; SARDINHA; NARDI, 2014). Desse modo Lipp e Malagris (2001), conceituam que o chamado Treino de Controle de Stress (TCS) se pauta em métodos que possibilitem “o manejo das tensões e suas causas” (p.475), com base:

- Na psicoeducação acerca do que se trata o stress, qual é sua origem e sintomas;
- No treino de habilidades de enfrentamento, visando uma reestruturação cognitiva e comportamental frente a situações estressoras para que o sujeito possa lidar mais adequadamente com as mesmas, isto é, emitir respostas mais assertivas;
- Na resolução de problemas, fomentando a capacidade de monitoramento e avaliação da situação, de si mesmo e dos recursos disponíveis, além da emancipação do paciente em relação à figura do terapeuta, de maneira que ele se torna terapeuta de si mesmo.

Ainda dentro do modelo e perspectiva cognitivo-comportamental trazidos pelas autoras, a reação de stress é conceituada abrangendo, combinando e inter-relacionando seu componente mais fisiológico, conforme os estudos de Selye, até seu componente cognitivo permeado pela avaliação e atribuição subjetiva e particular de cada sujeito, conforme os estudos de Lazarus e Folkman (TOWSEND, 2011). Logo, para as autoras o stress é definido como uma reação neuropsicofisiológica natural ao processo de adaptação dos organismos mediante à mudanças interpretadas como ameaçadoras e que, por isso, colocam sua sobrevivência em risco de alguma forma.

Isto ocorre porque essas mudanças rompem o equilíbrio (ou homeostase) anterior ao evento, que, por sua vez, incita o novo, o desconhecido ou o temido, ao passo que no estado anterior o sujeito se encontrava dentro de uma zona de conforto favorável para sua sobrevivência. Portanto, a fim de retomar este estado de equilíbrio e assim garantir sua sobrevivência ao evento estressor, cada sujeito mobiliza estratégias singulares de enfrentamento para a situação-problema conforme seu repertório de experiências prévias, visando lidar com o evento estressor para eliminá-lo ou reduzir os danos (LIPP, 2003; LIPP; MALAGRIS 2011; 2001).

Conforme esta sensação inquietante e desagradável é produzida no organismo, associando-se a crenças e emoções pré-existentes e mobilizando-as, este sujeito busca por estratégias de enfrentamento (coping) visando solucionar a problemática que se instaurou e retomar seu estado de equilíbrio (LIPP; MALAGRIS, 2011). A intensificação e persistência do sofrimento e do estado de alerta, o adoecimento e o esgotamento emocional se dão quando os níveis de stress, bem como sua duração, excedem os limites de tolerância à tensão que cada sujeito, de forma única e singular, detém para lidar e adaptar-se a situação estressora, ou quando, por algum motivo, o sujeito não possui recursos de enfrentamento suficientemente adequados, o que o torna proporcionalmente mais vulnerável à eventos estressores.

Desse modo, o stress precisa ser sempre considerado e compreendido dentro de cinco circunstâncias fundamentais, que se inter-relacionam dinamicamente para produzir tal reação (LIPP; MALAGRIS 2011, 2001):

- 1) A natureza do evento: existem situações que seriam estressores comuns a qualquer sujeito, como por exemplo, uma catástrofe natural, um acidente ou a fome, e outras cuja importância é dada de acordo com a atribuição de sentido que o sujeito deposita na situação e que está em consonância com suas experiências de vida anteriores;
- 2) A intensidade do estressor: pode ser entendida como o tempo de exposição (ou duração) à um mesmo evento estressor ou o quanto o evento pode ser considerado como sendo potencialmente causador de stress;
- 3) O estágio de desenvolvimento do sujeito: a maturação cognitiva e emocional é um importante fator no que tange tanto a percepção dos eventos quanto ao modo de reagir a eles;
- 4) As estratégias de enfrentamento que o sujeito possui em seu repertório;
- 5) O momento atual que o sujeito está vivendo: devido a influência de fatores cognitivos e emocionais relacionados a outros eventos em sua habilidade de lidar com o stress, enfrentando-o e adaptando-se.

Em relação ao modelo quadrifásico de Lipp (2003) sobre o percurso e os efeitos do stress, a autora apoia-se no modelo biológico proposto por Selye, conforme previamente citado, considerando os componentes, mecanismos e alterações neuropsicofisiológicas desta reação, tais como as alterações nas glândulas suprarrenais do córtex, a ativação do sistema simpático, a produção e liberação de adrenalina e noradrenalina, a reação de luta ou fuga e as alterações hormonais e endócrinas:

Assim, tem-se na fase de alerta o desencadeamento inicial da reação de stress, em que o sujeito se depara com o evento estressor, necessitando mobilizar mais força e energia para

suprir o aumento do esforço (físico emocional e/ou mental) que a situação, interpretada como desafiadora ou ameaçadora, demanda. Vale também ressaltar que mesmo havendo um desequilíbrio do estado anterior, em um primeiro momento a reação de stress, desde que esteja em conformidade com aquilo o que o organismo é capaz de suportar, não é necessariamente prejudicial, podendo, inclusive, fomentar a produtividade mediante ao aumento do entusiasmo, da energia e da motivação quando o estímulo é tido como desafiador.

Já a fase de resistência é desencadeada quando o evento ou estímulo estressor persiste, isto é, quando as estratégias anteriormente mobilizadas pelo sujeito não conseguem dar conta da situação (superá-la) e ele precisa continuar seu processo adaptativo. Isto exige ainda mais esforço do organismo a medida que tenta resistir ao evento para retomar ao estado prévio de homeostase, de modo que, quanto mais esforço é despendido para que possa se adaptar, maior se torna o desgaste, seja físico, emocional ou mental (sensação de desgaste generalizado). Contudo, se a adaptação é bem-sucedida, ou seja, consegue-se resistir a tensão e então adaptar-se as novas circunstâncias, o estado de equilíbrio é recuperado e a reação de stress cessa (LIPP, 2003; LIPP; MALAGRIS 2001).

A fase de quase-exaustão inicia-se quando os recursos ou estratégias que o indivíduo dispunha anteriormente começam a não surtir mais efeito frente ao estímulo estressor, por não serem suficientemente adequadas em relação ao que a situação demanda, comprometendo assim sua capacidade tanto de adaptação, quanto de resistência ao evento desestabilizador, o que dificulta cada vez mais o retorno à homeostase. Em virtude do desgaste gerado pelo esforço mobilizado até esta fase, o próprio organismo também começa a enfraquecer, de modo que com a diminuição das defesas imunológicas, a saúde se torna mais vulnerável e o sujeito mais suscetível ao adoecimento (LIPP, 2003; LIPP; MALAGRIS 2001).

Também de acordo com Lipp (2003) e Lipp e Malagris (2001), tem-se a fase de exaustão, na qual o processo de adaptação e o próprio sujeito se esgotam pelo desgaste prolongado mediante a exposição, sem resolução, ao evento estressor. Desse modo, a capacidade de resistência também se esvai e o retorno ao estado de equilíbrio já não é mais possível se o esgotamento abranger mente e corpo (exaustão psicológica e física). Não obstante, o comprometimento da saúde geral culmina no surgimento de doenças antes não existentes e em agravos de condições clínicas previamente diagnosticadas, que podem evoluir para um quadro terminal.

Ainda conforme Lipp (s/d; 2003), a sintomatologia presente em cada fase da reação de stress afeta os seres humanos em cinco esferas importantes, a saber: o sono, o sexo, o trabalho o corpo e o humor:

- Fase de Alerta: embora esta fase possa levar a um aumento do entusiasmo, da energia e da motivação, aumentando, inclusive a libido e a produtividade no trabalho, podem manifestar-se também dificuldades para dormir, tensão muscular prolongada e irritabilidade.
- Fase de Resistência: o comprometimento da memória é o principal indicativo de que a atual situação está acima do limite da capacidade de enfrentamento do sujeito. Além da falta de memória outros sintomas comumente relatados seriam perda do interesse sexual, dificuldade no processo criativo, sensação constante de cansaço mesmo com o sono reestabilizado e certa fixação pelo evento estressor;
- Fase de Quase-exaustão: apesar de ainda conseguir dispor de momentos de bem-estar e tranquilidade, o sujeito também oscila entre desconforto, ansiedade e cansaço. São comuns perturbações do sono em que se acorda mais cedo do que o previsto, não conseguir voltar a dormir depois de despertar, diminuição da libido, queda drástica da produtividade e da criatividade (na qual o sujeito consegue lidar apenas com aquilo o que é de rotina), fadiga, prejuízo da memória, adoecimentos, ansiedade frequente, apatia, embotamento afetivo, retraimento social;
- Fase de Exaustão: redução das horas de sono, perda do sono revitalizante, perda da libido, falta de produtividade no trabalho, falta de concentração e capacidade de tomar decisões, desgaste físico intenso, comprometimento da saúde orgânica (como ocorrência de úlceras, pressão alta, diabetes, enfarte, psoríase, dentre outros), apatia, intensificação drástica do embotamento afetivo e retraimento social, depressão e ideias suicidas.

Por fim, em relação as estratégias de enfrentamento (também denominadas como manejo ou coping), Gazzaniga e Heatherton (2005) trazem a concepção de um processo no qual mediante a avaliação cognitiva do sujeito perante a situação tida como estressora, sua percepção sobre a mesma será formulada, com base, é claro, em seu repertório de experiências anteriores e condição emocional atual. Ainda segundo os autores, os tipos de manejo existentes poderiam ser classificados em:

- Manejo antecipatório: corresponde a preparação do sujeito para lidar com um estressor futuro. Assim, o evento é avaliado com antecedência hábil para que possa se planejar, analisando as alternativas das quais dispõe, e assim mobilizar os recursos e estratégias de enfrentamento que considerar cabíveis à situação-problema;
- Manejo focado na emoção: consiste em estratégias para que o sujeito não entre em contato com o problema, justamente para não ter de lidar com o sofrimento que a

situação lhe desperta. Assim, para se distanciar do evento estressor, utiliza-se da evitação, da minimização do problema ou desvia o foco de sua atenção para outras tarefas ou pensamentos. Comumente esse tipo de manejo relaciona-se a níveis mais altos de stress ou a estressores percebidos pelo como problemas fora de sua capacidade de enfrentamento;

- Manejo focado no problema: neste caso, o sujeito lida diretamente com o evento estressor, procurando resolver a situação-problema através da avaliação das possibilidades de resolução, bem como suas consequências, e da busca ativa por soluções e recursos que possam ser mobilizados.

Além disso, no que tange as diferenças individuais na capacidade de manejo de situações estressoras, os autores ainda apontam dois padrões ou grupos distintos de sujeitos: aqueles que possuem maior resiliência e aqueles cuja resiliência ao stress é menor. O presente termo, refere-se à capacidade de adaptar-se saudavelmente as mudanças, isto é, a capacidade de superar o evento estressor, indicando também o grau de resistência ou tolerância que se tem ao stress.

Desse modo, as maneiras pelas quais as pessoas lidam com o stress podem ser assertivas e promover uma boa adaptação ou disfuncionais, ocasionando maior desgaste emocional, o que, por sua vez, irá depender de seu filtro perceptual, que é singular à cada sujeito. Contudo, embora diferentes formas de reação possam ser mobilizadas, um importante componente para o manejo efetivo do stress é o apoio social, ou seja, de pessoas significativas para aquele sujeito, da família, amigos, colegas de trabalho e/ou da comunidade na qual está inserido, pois estes agentes podem auxiliar na resolução do problema, seja dando suporte (físico e emocional), incentivando ações adaptativas, sugerindo possíveis soluções ou contribuindo para com a resolução através do compartilhamento suas percepções sobre a situação (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005).

## **CAPÍTULO 2 - PRÁTICA INTERVENTIVA**

O presente capítulo irá explorar as intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do stress, perpassando pelo stress em um aspecto geral, o stress ocupacional dentro do âmbito da saúde e o stress em profissionais de saúde que atuam especificamente no pronto atendimento. Vale, contudo, retomar que o stress em si não se caracteriza por uma doença ou transtorno, mas sim por uma reação ou estado de tensão, de cunho neuropsicofisiológico, comum a todos os seres vivos em situações que, por algum motivo, rompem o estado de equilíbrio do sujeito, ameaçando sua integridade biopsicossocial (LIPP; MALAGRIS, 2011).

Logo, a palavra “tratamento” será empregada no sentido das práticas e manejo terapêutico de um stress que deixou sua condição de fenômeno natural à mudança, ultrapassando as fases de alerta e resistência, e assumiu um caráter de comprometimento físico e mental do sujeito acometido, que já não conta mais com recursos de enfrentamento adequados para sua superação, o que o leva a seu sofrimento.

### **2.1 Processo avaliativo**

No processo avaliativo (diagnóstico, tratamento e controle) focado na queixa de stress ocorre a identificação da problemática, a avaliação dos dados levantados junto ao paciente para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas (proposta interventiva), o acompanhamento da resolução da problemática inicial e o feedback sobre seu desfecho.

Através do relato do paciente nas entrevistas iniciais, poderá identificar-se quanto a queixa de stress suas fontes externas (acontecimentos concretos, como perdas ou mudanças); fontes internas (as crenças mobilizadas, distorções cognitivas, padrão de funcionamento, repertório de respostas emocionais, sentimentos de ansiedade, expectativas frente as situações estressoras, assertividade dos comportamentos e capacidade para lidar com a frustração); sintomatologia (identificação das fases); grau de comprometimento; comorbidades associadas; recursos emocionais, de enfrentamento e sociais disponíveis e riscos, o que irá orientar o trabalho terapêutico.

Ainda, as autoras conferem uma especial importância a identificação das fontes do stress, especialmente as internas, para além de sua sintomatologia:

A identificação da sintomatologia do *stress*, embora essencial, não é suficiente para que um plano terapêutico possa ser delineado pelo psicólogo. É necessário identificar as fontes de *stress* às quais a pessoa está sujeita. As fontes externas de *stress* são facilmente identificadas pelo próprio paciente que, muitas vezes, já vem ao consultório com uma lista de situações e pessoas que o estão preocupando. [...] O trabalho do psicólogo ganha relevância maior quando os estressores internos são identificados (LIPP; MALAGRIS, 2001, p.487).

Ainda conforme Lipp e Malagris (2001) e Lipp (2003), a avaliação diagnóstica do stress traz algumas dificuldades quanto a discriminação dos sintomas e fases pelos quais o paciente está passando. Não obstante, muitos de seus aspectos podem confundir-se ou camuflar-se com outras morbidades e transtornos. Assim, há uma série de métodos que podem ser utilizados para melhor avaliar tais características; no caso de pacientes adultos os principais seriam:

- Análise dos eventos estressores: avaliação da capacidade de enfrentamento do sujeito para a resolução ou superação do evento (adaptação), bem como sua resiliência;
- Análise das reações emocionais com base no relato do sujeito: são avaliados os níveis de ansiedade e desconforto frente as situações de stress como forma de determinar o grau em que ele se encontra;
- Utilização de exames laboratoriais: consiste na análise de alterações fisiológicas e/ou endócrinas, visto que altos níveis de stress resultam na produção de cortisol, que afeta a saúde global do organismo e cuja exacerbação pode ser identificada por meio de exames de sangue ou urina;
- Análise de doenças em órgãos-alvos: a partir da avaliação do impacto ou efeito direto do stress sobre o organismo (desencadeamento ou agravamento de doenças), pode-se averiguar não apenas a intensidade do comprometimento da saúde, mas também o nível de resistência ou vulnerabilidade do sujeito frente ao stress.

Retomando-se a questão da importância da identificação das fontes internas do stress (também chamados de estressores autoproduzidos), tem-se também algumas ferramentas, como escalas, testes e inventários, que corroboram com seu levantamento e avaliação, auxiliando, portanto, no diagnóstico diferencial. Nesse sentido, um dos principais instrumentos voltados para a população adulta seria o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), embora também hajam escalas específicas para crianças (ESI - Escala de Stress Infantil), adolescentes (ESA - Escala de Stress para Adolescentes), focadas no coping (Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus) e àquelas especificamente voltadas ao stress

ocupacional (EVENT - Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho<sup>1</sup>), conforme apontado em Lipp e Malagris (2001) e Moraes (2012).

A partir do diagnóstico dos sintomas e a identificação das fontes externas e internas de stress, as estratégias interventivas poderão ser programadas e aplicadas pelo terapeuta, compondo assim plano terapêutico (LIPP; MALAGRIS, 2001). No decorrer do processo terapêutico como um todo, tais aspectos poderão ser acompanhados em termos de avanços e retrocessos e efetividade das estratégias de enfrentamento levantadas e aplicadas, servindo como material não apenas para análise evolutiva, mas também como guia para as intervenções a serem utilizadas, adaptadas ou otimizadas.

Ainda, mesmo após a fase avaliativa inicial, onde a queixa de stress é identificada, o paciente continua em constante avaliação e reavaliação (inclusive por parte de si mesmo, no exercício de auto monitoramento), na qual novos estressores podem também ser identificados e trabalhados a medida em que as situações e reações decorrentes são trazidas para a sessão.

Contudo, apesar das semelhanças com a estrutura de um processo de psicoterapia, inclusive valendo-se de pressupostas da Terapia Cognitivo-Comportamental, como a reestruturação cognitiva das fontes internas de stress, o Treino de Controle de Stress (TCS), como já previamente referido no primeiro capítulo, tem seu foco em métodos para o manejo das tensões (coping) e suas causas (os estressores) (LIPP; MALAGRIS, 2011). Assim, mesmo que identificado um padrão de funcionamento disfuncional frente a outras temáticas do cotidiano ou outras problemáticas trazidas pelo sujeito, o trabalho terapêutico dirá respeito unicamente à suas reações frente aos estímulos estressores, em termos de psicoeducação e treino de habilidades de enfrentamento, para a adoção de respostas mais resolutivas:

O TCS se constitui em ensinar à pessoa formas de lidar melhor com o estresse e, com isso, evitar que se tome excessivo e prejudique a saúde e a vida em geral. O aspecto fundamental do TCS é a identificação e a modificação das fontes internas de estresse através de uma reestruturação cognitiva. Trata-se de um tratamento cognitivo-comportamental focal de duração breve, não ultrapassando 15 sessões, que se inicia com uma análise funcional dos estressores externos e internos do paciente. O TCS objetiva mudanças de hábitos de vida e de comportamentos potencialmente nocivos em quatro áreas que se constituem os pilares do TCS: nutrição anti-stress, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivo-comportamentais (LIPP; MALAGRIS, 2011, p.628).

---

<sup>1</sup> Conselho Federal de Psicologia (CFP). Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Acesso em 28/09/2019



Caso deseje trabalhar os demais aspectos levantados ou o terapeuta julgue necessário a associação de psicoterapia pessoal ou que o paciente poderia se beneficiar da mesma, a intervenção psicoterápica (atendimento clínico tradicional) deverá ser recomendada.

## **2.2 Tratamento do stress**

De acordo com o Treino de Controle de Stress proposto por Lipp e Malagris (2001), após a identificação das fontes internas de stress, prossegue-se o tratamento com a psicoeducação sobre o conceito de stress, seu percurso, no que consiste sua sintomatologia e quais as possíveis reações de acordo com a fase em que o paciente está naquele momento, bem como seus agravantes para a saúde física e mental. Ter conhecimento dessas informações, permite que ele possa não apenas compreender os mecanismos pelo qual o stress acontece e atua e assim prevenir e reorganizar sua forma de reagir (ao repensar a avaliação que faz das situações), mas também monitorar mais efetivamente suas reações às situações de stress, sendo capaz de melhor separar a real intensidade do estímulo e o quanto sua resposta está ou não de acordo com a mesma.

A partir disso, tem-se o trabalho com o padrão de funcionamento do sujeito frente às situações estressoras, em que se realizará a reestruturação cognitiva de suas crenças, valores, atribuições, respostas emocionais e comportamentos em relação aos estressores, isto é, as variáveis internas, pois são justamente as variáveis controláveis, visto que o ambiente em si, aonde estão os estressores, não pode, efetivamente, ser controlado direta, concreta ou objetivamente pelo sujeito. Tal reestruturação pode combinar uma série de técnicas cognitivo-comportamentais e para isso, assim como na terapia, pressupõe do empirismo colaborativo e da participação ativa do paciente.

Lipp e Malagris (2011) também alertam sobre o uso de medicamentos no tratamento do stress:

Não há especificamente uma medicação para o estresse e, na área farmacológica, o que se encontra são tratamentos para sintomas adjacentes, tais como depressão, ansiedade e pânico, na área psicológica, e gastrite, hipertensão, hipercolesterolemia e problemas dermatológicos, na área física. Como o estresse é produto da intensa interação entre fatores externos e internos, e a sensibilidade ao mesmo se deve, na grande maioria dos casos, à interpretação cognitiva dada aos eventos, o tratamento medicamentoso não é eficaz para eliminá-lo, no máximo se conseguindo uma redução da sintomatologia uma vez que a causa continua a existir. [...]. Logicamente, o tratamento médico é igualmente importante em casos de sintomatologia já estabelecida. (p.627).

Quando em tratamento, comumente os pacientes relatarão situações que atribuem como estressantes e para cada uma delas estará envolvido um nível de stress. Muitas delas são justamente o motivo que os levou a procurar ajuda terapêutica, outras ocorrem no decorrer do processo e podem se beneficiar das intervenções do terapeuta. Assim, dentre as principais técnicas, pode-se destacar:

- **Psicoeducação:** como já previamente referido, a psicoeducação se constitui como um aspecto fundamental na terapêutica do stress. Ela engloba não apenas seu conceito, mas também trabalha a importância do significado que se dá ao evento e como, a partir disto, ocorre a ativação de crenças disfuncionais e a distorção da percepção sobre o mesmo, bem como a adoção de comportamentos pouco adaptativos, fomentando ainda mais a tensão, a ansiedade, a preocupação, a angústia e a sensação de perda do controle e impotência. A utilização de metáforas pode ser útil nessa parte do processo, assim como o uso de exemplos de situações trazidas anteriormente pelo paciente (LIIP; MALAGRIS, 2001; LIIP; MALAGRIS, 2011; RAMOS, s/d; KNAPP, 2004).
- **Respiração:** indicada para os momentos de crise, a respiração diafragmática auxilia na redução dos níveis de ansiedade, podendo, portanto, ser utilizada como uma estratégia para seu controle e manejo. Em uma situação de stress, com os níveis de ansiedade menos exacerbados, o sujeito é capaz de avaliar com maior precisão o evento em si, discriminando o que é de fato pertinente à situação e o que é advindo de sua percepção sobre ela, assim minimizando ou evitando distorções, visto que o manejo não está mais focado na emoção. (SARDINHA; NARDI, 2014; NETO, 2011).
- **Relaxamento:** conforme Ramos (s/d) o relaxamento consiste em um processo psicofisiológico que combina respostas somáticas e autônomas e que pode ser aprendido através de treinamentos. As formas pelas quais este processo pode se dar englobam desde o controle da respiração (respiração diafragmática) até palavras, frases ou imagens mentais que incitem sensação de bem-estar e tranquilidade. Através de exercícios de relaxamento a tensão muscular pode ser reduzida, propiciando além de alívio, um manejo mais saudável da ansiedade mediante ao evento estressor, pois permite que o sujeito consiga se perceber de forma mais consciente dentro da situação e, assim, melhor exercer sua capacidade de controle sobre seu stress e sobre a maneira como reage a ele.
- **Teste de realidade (ou evidências):** visa, através do questionamento, levar o paciente a apontar e reconhecer dados empíricos sobre o evento tido como estressor. Desse modo,

é possível clarificar a real probabilidade para a ocorrência da situação temida e repensar os recursos de enfrentamento disponíveis, visto que não raramente, frente a uma situação-problema, o sujeito maximiza suas proporções de tal modo que nenhum recurso lhe parece suficientemente capaz de resolvê-la (KNAPP, 2004; CAMINHA, 2004).

- Descatastrofização: propicia a conscientização do paciente de que ele, em virtude de sua interpretação inicial, foi levado a maximizar a real intensidade dos eventos e que existem alternativas para o problema, para que passe a ser encarado de uma perspectiva mais objetiva, com uma carga emocional mais consonante com sua real gravidade, possibilitando e orientando mais claramente o sujeito à ação (KNAPP, 2004). Além disso, através da descoberta guiada, pode-se auxiliar o paciente a “encarar” a pior das possibilidades, de modo que, mediante a situação temida, seja capaz de elaborar formas de enfrentamento saudáveis (KRISTENSEN; SCHAEFER; MELLO, 2011; CAMINHA, 2004). Isto também favorece que se sinta menos impotente, fomentando sentimentos de maior segurança para seu enfrentamento, ao passo que possui um “plano” para o mesmo
- Análise primária e secundária: uma estratégia de fundamental importância é levar o paciente a analisar a situação estressora em termos de separar o que implica concretamente em uma situação-problema e as possíveis distorções cognitivas e perceptuais envolvidas, identificando as crenças disfuncionais atuantes (RAMOS, s/d).
- Treino em habilidades de enfrentamento: visa trabalhar a adaptabilidade das estratégias do sujeito, isto é, promover que reconheça as disfuncionalidades e possa remanejar seu coping para algo mais saudável e efetivo do que o que vem empregando até então. Faz parte do trabalho terapêutico ajudar o paciente a identificá-las apontando a ele tais disfuncionalidades e discutindo-as para o levantamento de novas estratégias, reforçando àquelas que se constituem como positivamente favoráveis para o adequado manejo das situações estressoras (GUIMARÃES, 2011). A depender do grau de rigidez das crenças e do repertório comportamental do sujeito, modificar este padrão, bem como a própria aceitação de sua disfuncionalidade, pode implicar em uma extensa e complexa tarefa para o terapeuta, que deve estar preparado para lidar com as resistências encontradas (KNAPP, 2004).

No caso do trabalho específico com o stress, é importante levantar qual a situação estressora inicial ou desencadeadora da reação (fontes externas e internas) e verificar em relação aos recursos atualmente disponíveis no repertório do paciente, quais foram utilizados, de que maneira e qual foi seu nível de resolutividade, tanto para compreender o padrão de

funcionamento, quanto para delimitar quais destes recursos podem ser aproveitados, quais requerem adaptação e quais necessitam ser modificados ou mesmo eliminados (LIPP, 2000; LIPP, 2003). Vale ressaltar que este trabalho se dá no caso a caso, visto que cada paciente apresentará uma estrutura cognitiva singular, bem como uma variedade dos estressores externos e autoprozuidos.

- Treino em habilidades para resolução de problemas: refere-se a propiciar que o paciente possa aprender como lidar com as situações-problema que lhe ocorrem. Isto implica em trabalhar diretamente com a capacidade de avaliar, ponderar, comparar, repensar significados e atribuições, retomar circunstâncias similares, estipular metas e tomar decisões, fazendo-se imprescindível o controle dos níveis de ansiedade para o discernimento adequado dos aspectos envolvidos (D’ZURILLA; NEZU, 2006). Além disso, influenciarão também a flexibilidade do filtro perceptivo, a resiliência, a tolerância a frustração, o padrão de funcionamento (competitivo, agressivo, dependente, ansioso, passivo, etc.), conforme também apontam Lipp e Malagris (2001).

Assim, primeiramente, o paciente precisa estar apto a identificar com clareza qual, objetivamente, é o problema; depois no que exatamente ele consiste, quais são as possibilidades de resolução (inclusive retomando estratégias anteriormente utilizadas e que foram resolutivas) e qual o desfecho que se pode obter a partir das mesmas. Por fim, com base nestes levantamentos, torna-se possível tomar uma decisão consciente sobre a situação, traçando um plano de ação que oriente os passos até o desfecho esperado.

Outra intervenção interessante, e potencialmente favorecedora, se constitui em elaborar na sessão, com o auxílio do terapeuta, uma estratégia de manejo para um problema identificado, mas cujo enfrentamento ainda não tenha ocorrido (GAZZANIGA; HEATHERTON; 2005). Isto é, o manejo antecipatório da situação-problema (o que o sujeito pode fazer mediante a ela, com que recursos poderá contar no momento em que, efetivamente, entrar em contato com a mesma e como pode manter a calma e pensar de forma clara e coerente, sempre lembrando-se os conteúdos já trabalhados durante as sessões), prepara o paciente para as possíveis dificuldades a serem encontradas e como se prevenir, levantando e se valendo de uma série de alternativas aplicáveis que possam auxiliá-lo (RAMOS, s/d). Isto poderá conferir maior segurança para lidar com o estressor e auxiliar a diminuir os níveis de ansiedade nos momentos que antecedem seu enfrentamento.

- Ressignificação da situação (ou reatribuição cognitiva): diz respeito a favorecer que, através da reflexão, o sujeito possa encontrar formas mais flexíveis e adaptativas de perceber o evento e os elementos envolvidos (RAMOS, s/d.). Também se faz necessário

o trabalho com a capacidade do paciente em reconhecer a limitação dos recursos e as dificuldades, assim como as potencialidades, em relação a si mesmo e aos demais envolvidos no contexto (ABREU, 2011). Uma vez aprendido tal manejo, o paciente pode se valer do mesmo em diversas outras situações-problema para lidar emocionalmente com elas, com o menor índice de sofrimento possível.

- Auto monitoramento: diz respeito a percepção de si quanto as reações de ansiedade, desespero ou angústia, ou seja, em relação a tensão emocional, sendo capaz de identificá-las e analisá-las quanto sua causa, intensidade e o quanto estão afetando a tomada de decisão (KNAPP, 2004).
- Estímulo a busca de apoio social: de acordo com Ramos (s/d), configura-se como apoio social os recursos fornecidos por outras pessoas significativas (familiares, amigos, colegas e comunidade), a fim de auxiliar o sujeito com a resolução do conflito que lhe aflige naquele momento. Este auxílio diz respeito a um suporte emocional (como escutar, aconselhar, acolher o sofrimento e ajudar a ressignificá-lo), fazendo com que o sujeito sinta que é estimado e que pode contar com o apoio de outrem. Não obstante, o autor aponta também um dado interessante sobre a influência das relações na forma como as sociedades lidam com o stress:

Culturalmente, observa-se que os grupos sociais que dão maior destaque ao coletivismo e à interdependência sofrem menos de doenças relacionadas com o estresse do que pessoas que fazem parte de culturas que enfatizam o individualismo, pois espera-se que estas se “virem sozinhas” (Bond, citado em Aronson, Wilson e Akert, 2002). [RAMOS, s/d, pp.10].

- Recomendação de atividade física e mudanças nos hábitos alimentares: no Treino de Controle de Stress (TCS) proposto por Lipp e Malagris (2001), atividades físicas e mudanças nos hábitos alimentares fazem parte do programa e são encorajadas como aspectos importantes em relação a mudança do estilo de vida para a adoção e manutenção de um padrão comportamental mais saudável. Nesse sentido, conforme Ramos (s/d), atividades físicas regulares e moderadas (como a prática de esportes e caminhadas), favorecerem reações fisiológicas e um manejo, ou gerenciamento, menos nocivo das tensões, reduzindo os efeitos negativos do stress, ao passo em que contribuem para com o fortalecimento dos sistemas imunológico e cardiovascular e auxiliam a diminuir a ansiedade e o desgaste emocional.

- Plano de prevenção à recaídas ao final do tratamento:

[...] como lembra Bouton (2000), hábitos novos não destroem os antigos com facilidade e é necessário que se garanta a prática de novos comportamentos a fim de que eles sejam realmente incorporados ao repertório do paciente (LIPP; MALAGRIS, 2001, p.488)

Desse modo, faz-se necessário instruir o paciente acerca deste aspecto. Além disso, um resgate do que foi aprendido com a terapia e dos ganhos obtidos também constitui o processo de encerramento e pode auxiliar, como um levantamento de evidências, a favorecer a consolidação e manutenção das mudanças no repertório atitudinal. Não obstante, é imprescindível lembrar e reforçar a importância do auto monitoramento como um aliado na prevenção de recaídas.

Por fim, conforme já referido inicialmente, vale reforçar que, o tratamento para a queixa de stress irá lidar terapêuticamente apenas com os aspectos inerentes a ele, não sendo trabalhadas outras disfuncionalidades do sujeito frente a outros contextos, como pessoal, emocional ou profissional. Logo, havendo a necessidade de acompanhamento psicoterápico para outras questões que estejam afligindo o paciente, o terapeuta deverá recomendar a terapia pessoal.

### **2.3 Tratamento do stress em profissionais de saúde**

Profissionais de saúde podem se beneficiar de muitas das estratégias interventivas utilizadas com pacientes dentro da clínica, tais como a respiração diafragmática frente a ocorrência de eventos estressores no dia-a-dia de trabalho, o relaxamento após uma situação de maior tensão - ou como exercício antes do início do expediente (MARQUES; DELFINO, 2016) e o teste de realidade mediante a percepção da mobilização de altos níveis de ansiedade, catastrofização e/ou crenças demandantes.

Ainda, no caso destes profissionais, a reestruturação cognitiva, para além de uma mudança da forma de pensar e agir sobre o trabalho e os estressores inerentes ao mesmo, precisa se pautar também em uma reconstrução da autoimagem e do autoconceito, por vezes distorcidos em termos de crenças demandantes sobre ter de ser inatingível, inabalável e capaz de resolver todos os problemas ao invés de se permitir enxergar como um ser humano que tem limitações e que também sofre (FIORITO; HIRATA, 2012; CARVALHO; MALAGRIS, 2012).

No sentido de possibilitar que as equipes de saúde possam encontrar formas mais adaptativas de encarar os eventos potencialmente estressores, destacam-se a seguir as principais maneiras pelas quais o stress ocupacional pode ser trabalhado no ambiente de pronto atendimento ou hospitalar:

- Programas de prevenção e tratamento a nível organizacional: tais programas seriam um dispositivo, ou recurso, para além das intervenções unicamente individuais, visando

abranger o todo institucional (desde os profissionais de saúde até a gerência), para assim propiciar mudanças que alcançassem o contexto mais diretamente, integrando e propagando-se por um maior número de funcionários e setores (MURTA, 2005). Não obstante, práticas interventivas tanto de prevenção, quanto de tratamento, se fazem importantes na área da saúde justamente porque os profissionais que nela atuam são alguns dos mais suscetíveis, ou vulneráveis, ao stress e a acometimentos decorrentes da exposição prolongada e excessiva a estímulos potencialmente estressores (FIORITO; HIRATA, 2012).

Isto pode ser mediado pelo psicólogo da organização de trabalho que, em conjunto com a gestão e/ou o RH, pode auxiliar elaborar e/ou ampliar tais programas com base nas demandas levantadas por estes setores (absenteísmo, altas taxas de adoecimento e/ou atestados, queda no desempenho, problemas relacionais), que servem ao profissional de psicologia como indicadores e dados para possíveis intervenções (MURTA, 2005; ZANELLI, 2010).

- Treino em habilidades para resolução de problemas: esta técnica pode ser utilizada em intervenções grupais dentro dos programas existentes na instituição (no caso do segmento da saúde) para prevenção e manejo do stress ocupacional, ou individualmente, no caso dos profissionais que procuram pelo serviço de psicologia interno, voltado a gestão de pessoas e/ou RH, em que o psicólogo atua como uma espécie de consultor. Para ambos os casos, faz-se necessária a adaptação do treino para as vivências e demandas específicas do âmbito ocupacional da saúde, sendo articulado de maneira singular às necessidades dos profissionais (ZANELLI, 2010).
- Estímulo a busca pelo apoio social: este apoio pode começar dentro da própria instituição de trabalho, seja através da equipe, levando os problemas ao conhecimento da gestão e/ou participando de reuniões para discutir suas possíveis soluções (MENZANI, 2008). Também se faz particularmente importante que os sujeitos possam identificar, reconhecer e comunicar aos demais (colegas, familiares e amigos) quando uma situação está acima de suas capacidades de enfrentamento, no sentido de pedir ajuda, contar com apoio emocional e poder obter outras perspectivas (FIORITO; HIRATA, 2012; CARVALHO; MALAGRIS, 2012).

No trabalho junto a estes profissionais, pode-se encontrar resistências baseadas em crenças demandantes quanto a velocidade e precisão com as quais as condutas precisam ser tomadas, nas disfuncionalidades das relações de trabalho, em padrões mais rígidos de funcionamento em virtude de um repertório atitudinal mais cristalizado e na dessensibilização para com o sofrimento e dificuldades dos pacientes (FIORITO; HIRATA, 2012; MALAGRIS;

FIORITO, 2006). Vale ressaltar que ela é progressivamente constituída como uma estratégia de enfrentamento que visa justamente o distanciamento, ou fuga, do evento estressor, sendo muito comum dentro da área da saúde (MATURANA; VALLE, 2014).

Não obstante, ainda de acordo com Maturana e Valle (2014), o contato constante com a dor, o sofrimento e também com as insatisfações dos usuários do serviço (que também se encontram acometidos por altos níveis de stress em virtude de seu adoecimento), mobiliza emoções nos profissionais de saúde que nem sempre, seja por um estado de fragilização (que engloba também a esfera pessoal, para além do trabalho), seja por uma inadequação de seu repertório de enfrentamento, tem a vazão mais adequada.

Uma possibilidade terapêutica interessante nesse sentido pode ser dar em relação a empatia como estratégia para lidar com a angústia pessoal, contrapondo-se o processo de dessensibilização, que por vezes acaba levando a uma inadequação da execução do trabalho (KESTENBERG; FALCONE, 2012), aumentando os níveis de stress daquele que recebe o serviço (o paciente), bem como do prestador (o enfermeiro, médico ou recepcionista), conforme a reação do paciente para com o profissional que o atendeu, com base na qualidade do serviço prestado.

Logo, apesar de a reflexão e análise sobre o problema, as disfuncionalidades e distorções precisarem ser trabalhadas para a promoção e construção de novas estratégias de enfrentamento mais saudáveis, é importante ressaltar que a postura acolhedora do terapeuta faz-se fundamental. O profissional de saúde da atenção terciária (hospitais, pronto socorro, pronto atendimento) que o procura encontra-se, muitas vezes, demasiadamente sensibilizado e fragilizado em seus recursos emocionais e quanto sua capacidade perceptiva sobre as situações, denotando uma atenção especial quanto a forma de o terapeuta se posicionar, quais colocações fazer, quais reflexões ou exercícios propor e quando propor.

Tal cuidado é particularmente necessário para não se correr o risco de vir a fomentar ainda mais tensões que já não possam mais ser devidamente suportadas e/ou confrontar de modo muito incisivo crenças ou esquemas inteiros para os quais o profissional em questão não se encontra suficientemente preparado para questionar naquele momento.



## CAPÍTULO 3 - ESTUDO DE CASO

Este capítulo tem por objetivo correlacionar as práticas interventivas da Terapia Cognitivo-Comportamental a partir da análise em estudo de caso de um trabalho já publicado intitulado “*Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional*”, de Sheila Giardini Murta e Bartholomeu Torres Tróccoli (2004), a fim de ilustrar como esta abordagem terapêutica pode atuar em relação ao tratamento do stress em profissionais de saúde que atuam no segmento da atenção terciária. Para isto, os trechos pertencentes ao trabalho em questão serão destacados em itálico, estabelecendo-se em seguida uma correlação entre as práticas desenvolvidas pelos autores e a TCC.

### 3.1 Apresentação do trabalho

No artigo escolhido para análise, Murta e Tróccoli (2004), realizaram uma pesquisa junto a 210 funcionários de um hospital de habilitação e reabilitação no interior de Goiás, investigando as fontes de satisfação e insatisfação quanto ao programa de manejo de stress ocupacional desenvolvido pelos autores na instituição. O programa em questão tinha como base o referencial teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental e foi aplicado em 24 sessões dedicadas ao “*desenvolvimento de estratégias individuais de enfrentamento ao estresse, através de vivências, ensaio comportamental, relaxamento, reestruturação cognitiva, solução de problemas e auto monitoramento*” (p.39).

### 3.2 Método adotado

O trabalho foi desenvolvido com 16 subgrupos, formados a partir do dia e horário escolhidos pelos participantes, havendo variações entre 3 e 72 integrantes em cada grupo. As sessões ocorriam quinzenalmente, a participação era voluntária e os grupos eram abertos, permitindo que os participantes pudessem comparecer em qualquer sessão.

Os 210 funcionários dividiam-se entre os setores de “*edificações (72), fisioterapia (21), administração (19), serviço de processamento de roupas (18), ambulatório (16), monitores de unidades (15), equipe técnica (13), serviço de higienização e limpeza (13), oficina de manutenção (12) e zeladoria (11)*”. Os funcionários apresentavam níveis de instrução variando

*entre sem instrução até terceiro grau; eram, em sua maioria (65%), mulheres; com idade média de 33 anos e tempo de serviço na organização variando entre seis meses a 16 anos.”. (p.41)*

### **3.3 Estudo de caso sobre o enfoque da Terapia Cognitivo-Comportamental**

#### **3.3.1 Avaliação inicial**

*“Foi feito um levantamento de necessidades, através da aplicação de um questionário, para identificar queixas e riscos à saúde percebidos pelos funcionários (Ferreira & cols., 2000). A avaliação de necessidades revelou, dentre outros aspectos, um repertório pobre de estratégias de enfrentamento ao estresse e de habilidades assertivas, o que foi tomado como uma das justificativas para implantar esta intervenção”.* (p.41)

O trabalho terapêutico focado na queixa de stress tem início com a identificação das fontes externas e fontes internas de stress e a análise dos dados obtidos para a formulação das estratégias terapêuticas (proposta interventiva) a ser utilizada (LIPP; MALAGRIS, 2001). No caso, como fontes internas, destacou-se a escassez de estratégias e habilidades de enfrentamento ao estresse (coping), dos profissionais entrevistados em relação as adversidades encontradas em seu ambiente de trabalho. Esse déficit levava, conforme explorado mais adiante por Murta e Tróccoli (2004), a emissão de respostas pouco adaptativas para o contexto, ocasionando uma maior vulnerabilidade aos eventos estressores, já que os recursos dos quais os sujeitos dispunham não eram suficientemente capazes de promover um manejo adequado das tensões e situações-problema (LIPP; MALAGRIS, 2011).

O questionário de levantamento de necessidades possibilitou aos autores, portanto, avaliar a capacidade de enfrentamento dos profissionais para a resolução ou superação dos eventos estressores, isto é, sua capacidade de adaptação, bem como sua resiliência, ou no caso, a menor tolerância as tensões e maior vulnerabilidade ao stress (LIPP, 2001; LIPP, 2003). Ainda, muito embora durante as sessões os participantes tenham tido a oportunidade de falar sobre suas emoções e relatar experiências Murta e Tróccoli (2004), o questionário inicial otimizou a análise das reações emocionais, já que as pesquisadoras puderam obter mais objetivamente informações sobre os níveis de ansiedade e desconforto frente as situações de stress do que seria possível com base no relato individual de cada sujeito.

Nesse sentido, outras ferramentas úteis para o levantamento e avaliação das fontes autoproduzidas de stress e dos “*riscos à saúde percebidos pelos funcionários*” (FERREIRA; COLS., 2000 apud MURTA; TRÓCCOLI, 2004, p.41) que poderiam ser utilizadas em uma intervenção como esta seriam: o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus, como ocorrido nos trabalhos de Maturana e Valle (2014) e Moraes (2012), e a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT).

*“Após a identificação das principais queixas de saúde e riscos psicossociais presentes na instituição, todos os funcionários foram convidados a participar da intervenção, independente dos resultados do diagnóstico inicial feito em cada setor. O convite foi feito através de (a) contato individual com coordenadores e gerentes; (b) contato pessoal verbal nos setores de trabalho e (c) cartazes”.* (p.41)

### **3.3.2 Temas trabalhados**

*“O programa teve o formato “multicomponentes”, incluindo temas comuns em intervenções já descritas na literatura (Murphy, 1996): informações sobre estresse, estilo de vida e saúde; auto-estima e auto-eficácia; estabelecimento de metas; manejo de tempo; enfrentamento focado no problema e na emoção; relaxamento; reestruturação cognitiva; habilidades sociais (lidar com críticas, expressão de afeto, dar e receber feedback, fazer elogios, escuta empática, direito assertivo e assertividade) e solução de problemas”.* (p.42)

Quando Murta e Tróccoli (2004, p.42), trazem “*informações sobre estresse, estilo de vida e saúde*” como um dos temas trabalhados durante as intervenções, estão se referindo a técnica da psicoeducação aplicada à temática do stress, etapa fundamental no TCS e pela qual o percurso e os efeitos do stress são clarificados ao sujeito, antes de se dar início ao trabalho com o coping propriamente dito (LIPP; MALAGRIS, 2001).

Ainda, conforme Lipp (2000), o estabelecimento ponderado e coerente de metas (ou prioridades) auxiliam o sujeito a organizar suas tarefas diárias de forma mais efetiva e bem distribuída, considerando-se o tempo, os recursos e condições que tem disponíveis e as responsabilidades que é capaz de assumir e gerenciar no presente momento de sua vida, prezando-se também por seu bem-estar e qualidade de vida. Além disso, esta organização permite também que o sujeito possa evitar o desprendimento de um desgaste emocional e cognitivo maior do que o realmente necessário para lidar de maneira eficaz com as situações.

Para isso, no entanto, é necessário compreender que os afazeres e circunstâncias com os quais se precisa estão sujeitos a sofrer intercorrências e se modificar, fazendo-se necessário ajustá-las de acordo com “as prioridades e demandas atuais de sua vida” (LIPP, 2000, pp.70), além de permitir-se aceitar que, em dados momentos, “não quer ou não está em condições de assumir” (LIPP, 2000, pp.70) algumas delas.

Tratar do manejo focado no problema e do manejo focado na emoção durante a intervenção fornece subsídios para que os próprios sujeitos possam reconhecer, com o auxílio do terapeuta, que existem diferentes formas pelas quais é possível lidar com uma mesma situação estressora e como elas podem implicar, positiva ou negativamente, em seu desfecho de acordo com sua resolutividade (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005). Assim, a abordagem dessas alternativas no grupo (evitação, minimização, esquiva, avaliação das possibilidades e recursos disponíveis, avaliação das consequências, planejamento antecipado, dentre outros), conforme a proposta interventiva de Murta e Trócoli (2004) possibilitou, favorece que os participantes possam discutir conjuntamente e elaborar conjuntamente, com o apoio uns dos outros, novas possibilidades mais adaptativas de manejo.

### **3.3.3 Técnicas utilizadas**

*“As técnicas utilizadas foram vivências de grupo (Del Prette & Del Prette, 2001; Gonçalves & Perpétuo, 1999; Yozo, 1996), automonitoramento, ensaio comportamental, modelagem (Gorayeb & Rangé, 1988), relaxamento (Lipp, 1997), reestruturação cognitiva (Alcino, 2000) e exposição dialogada (Silva, 2002)”.* (p.42)

### **3.3.4 Resultados obtidos**

*A interação entre os membros do grupo foi percebida como fonte de suporte social e foi relatada como fonte de satisfação, categorizada como “suporte social grupal”. Alguns dos relatos incluídos nesta categoria foram: “diálogo em grupo ajuda na solução de problemas”, “por nós estarmos tentando nos ajudar e trocando experiências”, “é bom o encontro: a gente escuta um, escuta outro e aprende”, “40 minutos ótimos, troca de experiências, passa a admirar os colegas”.* (p.43)

*“Aspectos do ambiente terapêutico considerados como satisfatórios foram grupos pequenos, com participantes do mesmo setor de trabalho e ambiente físico relaxante, por ter almofadas, colchonetes e música” (p.43).*

Para além da importância das técnicas empregadas durante a intervenção, têm-se, portanto, a importância de um setting terapêutico que favoreça a aplicação e aprendizagem das mesmas, isto, é um ambiente que também seja capaz de propiciar a sensação de bem-estar e tranquilidade, o que se deu mediante a distribuição do número de participantes e a adequação do ambiente que funcionaram como favorecedores do trabalho terapêutico.

O manejo terapêutico também foi apontado pelos participantes, ao referirem que *“a conduta das terapeutas de oferecer suporte foi também considerada relevante, como revelam as falas: “é bom poder falar como se fosse para a mãe, que dá suporte”, “T1 e T2 são boas para ouvir. T1 alivia a gente quando a gente conversa com ela, chego aqui pesada e saio com o corpo leve”, “dão atenção pra gente, cumprimentam lá fora”. Foram também salientados qualificativos das terapeutas, como bom humor, inteligência e conhecimento técnico” (p.43).*

Assim, pode-se perceber que ainda que o foco principal do trabalho terapêutico voltado ao manejo do stress esteja, posteriormente à psicoeducação, na avaliação das situações-problema, disfuncionalidades e distorções a serem reestruturadas para a criação e adoção de estratégias de enfrentamento mais saudáveis, a postura empática, engajada e facilitadora do terapeuta constitui um aspecto igualmente necessário na obtenção de tais resultados.

No caso dos profissionais de saúde da atenção terciária, tal postura se faz especialmente relevante, visto que uma parcela considerável dos mesmos comumente, conforme Kestenberg e Falcone (2012), encontra-se em um estado de fragilidade de seus recursos emocionais e de enfrentamento em que se faz necessário uma maior atenção do terapeuta em relação sua maneira de se posicionar, que colocações fazer e quais reflexões ou atividades propor, bem como o momento mais adequado para propô-las durante o período em que atuará com a equipe de saúde. Tal cuidado é particularmente relevante para não se correr o risco de suscitar ainda mais tensões que já não possam mais ser devidamente suportadas e/ou confrontar de modo demasiadamente incisivo crenças ou esquemas inteiros para os quais os profissionais em questão não se encontram suficientemente preparados para questionar naquele momento.

*“A intervenção foi julgada como promotora do desenvolvimento de habilidades de solução de problemas: “dá oportunidade para saber como resolver os problemas, como usar as alternativas.... se compensa ou não...encarar os problemas”, “a última reunião foi ótima, consegui resolver muitos problemas”, “me orientou, ajudou no problema do meu filho”, “por*

*me ajudar a achar caminhos para os meus problemas e por ver que eles não são tão desastrosos assim*". (p.43)

Isto é, conforme D'zurilla e Nezu, (2006), a intervenção oportunizou que os profissionais da equipe pudessem aprimorar sua capacidade de avaliar, ponderar, comparar, repensar significados e atribuições, permitindo que identificassem as situações-problema e produzissem novas estratégias de enfrentamento para as mesmas, isto é, possibilidades de resolução. Além disso, a fala "*por me ajudar a achar caminhos para os meus problemas e por ver que eles não são tão desastrosos assim*" (p.43), sugere o emprego bem-sucedido da descatastrofização, à medida que o participante reconheceu que estava maximizando a intensidade dos eventos estressores e distorcendo suas reais implicações, além de que, com a intervenção, também foi capaz de perceber que pode encontrar e se valer de outras alternativas, adotando assim uma perspectiva mais objetiva sobre os fatos (KNAPP, 2004).

Não obstante, quando os autores referem que "*foram relatados também efeitos sobre a aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento: "percebi que posso relaxar em casa ouvindo música", "vi que os outros também têm problemas"*". (p.43), isto remete a um trabalho em que os colaboradores puderam reconhecer suas disfuncionalidades e potencialidades e, através das discussões e atividades grupais (MURTA; TRÓCOLLI, 2004) remanejar seu coping para algo mais saudável, levantando novas e singulares estratégias de enfrentamento para o manejo das situações estressoras, tanto na forma de lidar com elas, quanto de pensar sobre as mesmas (GUIMARÃES, 2011).

Essa flexibilização do modo de perceber as situações e agir sobre elas, em conjunto com o apoio social fornecido pelo grupo enquanto favorecedor de vínculos de ajuda mútua (RAMOS, s/d) em que se compartilha com o todo as estratégias individuais encontradas e testadas, podem ser apontados como propiciadores para os resultados positivos obtidos também em relação a categoria desenvolvimento de habilidades sociais e sua aplicação no âmbito relacional entre os profissionais da equipe no dia-a-dia de trabalho, conforme destacado pelos autores ao trazerem que "*a intervenção foi percebida como favorecedora do desenvolvimento de habilidades sociais, tanto por sensibilizar os participantes para adotarem condutas mais socialmente habilidosas (26) quanto por auxiliá-los a implementar estas habilidades em suas relações (06)*" (MURTA; TRÓCOLLI, 2004, p.43).

Ainda, no trecho "*Os participantes relataram que a intervenção incrementava sua motivação para a mudança e auto-cuidado: "dá força pra não desistir das coisas", [...] "Tem mais força para lutar, incentivo"*". (p.43), tem-se novamente um exemplo do grupo como uma forma de apoio social para seus participantes, em que através desse tipo de relação de suporte,

os membros do grupo podem identificar, reconhecer e comunicar quando uma situação está acima de suas capacidades de enfrentamento, solicitando ajuda dos demais para solucioná-la e obtendo outras perspectivas sobre o problema (MENZANI, 2008; FIORITO; HIRATA, 2012).

Desse modo, é possível que a rede de suporte emocional iniciada em grupos de intervenções como a de Murta e Tróccoli (2004), possa ser fomentada por seus participantes mesmo após o encerramento das atividades interventivas, visto que a partir delas instaura-se um senso de apoio social (ou coletividade) dentro da própria instituição, em que os profissionais, a partir desta experiência inicial, podem passar a compartilhar uns com os outros, enquanto equipe, as problemáticas que os afetam no dia a dia de trabalho e discutir conjuntamente possíveis soluções (MENZANI, 2008).

*“A auto-observação foi outro efeito percebido associado à intervenção: “me tornei mais consciente das atitudes que tomo para extravasar as emoções”, “a reunião abre a percepção”, “saí muito pensativa do último encontro e lembrei do assunto no fim de semana” (p.43). Aqui, tem-se que o trabalho interventivo propiciou para os participantes avanços importantes em relação a sua capacidade de perceberem a si mesmos, à suas reações e seu estado de humor frente aos eventos estressores, conseguindo também estabelecer relações entre estes aspectos (KNAPP, 2004) e refletir sobre eles mesmo fora do ambiente de trabalho.*

*“A categoria “reestruturação cognitiva” compreendeu mudanças em crenças irracionais acerca de si mesmo ou do mundo externo. Algumas das verbalizações incluídas nesta categoria foram: “a reunião lembra coisas que a gente sabe, mas esquece: ter paciência com a gente mesmo”, “foi um modo de ver como as pessoas são rotuladas em razão”, “lembrar o passado para tocar pra frente e não ficar sofrendo pelo passado”. (p.43)*

Conforme Lipp e Malagris (2011), no TCS, o objetivo primordial é a reestruturação cognitiva, visando que o sujeito seja, portanto, capaz de perceber e enfrentar as adversidades que lhe ocorrem de uma maneira mais funcional e, conseqüentemente, mais adaptativa, compreendendo que pode, com o auxílio das técnicas que apreendeu durante o tratamento, reexaminar, reavaliar e ponderar as situações, suas reais conseqüências, a atribuição de valores que lhe é colocada e o quanto isto influenciará sua tomada de decisão, bem como em relação a assertividade da mesma.

Pode-se perceber que ao final da intervenção os colaboradores foram capazes de resignificar as adversidades do trabalho e a forma como pensam e se sentem em relação a elas, reconhecendo suas limitações e potencialidades individuais e enquanto grupo (ABREU, 2011). Com a mudança na maneira de pensar e agir sobre si mesmos, sobre as situações, sobre os outros e sobre o meio no qual estão inseridos, os participantes parecem ter desenvolvido uma

visão mais condizente à realidade objetiva não apenas com menos distorções, mas também com percepções mais saudáveis e favorecedoras da assertividade (KUNZLER, 2011; ABREU, 2011).

É possível que essa experiência possa auxiliá-los também a contrapor o processo de dessensibilização quanto ao sofrimento (físico e/ou emocional) e as dificuldades dos pacientes e seus familiares, constituído, conforme Maturana e Valle (2014), como uma estratégia de enfrentamento que visa, uma forma de evitar (pela esquiva ou fuga) a angústia pessoal frente ao contato com a dor, o sofrimento e as insatisfações dos usuários do serviço, que se caracterizam como situações potencialmente estressoras no segmento da saúde.

Nesse sentido, o enriquecimento do repertório atitudinal propiciado pela a intervenção proposta por Murta e Troccóli (2004), pode contribuir para uma mudança também neste aspecto, já que a equipe de saúde passa a ter recursos emocionais e de enfrentamento para sentir-se menos fragilizada frente as demandas dos pacientes, podendo então ressignificar suas formas de pensar e agir sobre tais situações, de forma que, ao mesmo tempo em que os profissionais consigam sensibilizar-se o suficiente para promover um atendimento adequado, através de se permitirem exercer sua capacidade de empatia, também consigam fazê-lo sem que adquira uma conotação ou atribuição de fardo, isto é, demasiadamente desgastante ou mesmo aversiva (KESTENBERG; FALCONE, 2012).

Por fim, mas definitivamente não menos importante, pode-se considerar que, uma vez aprendido o manejo sobre o stress ocupacional, sejam de suas fontes externas ou internas, estes profissionais, além de poderem obter ganhos quanto a qualidade de vida no trabalho, melhora na satisfação pessoal com a função exercida e melhora na qualidade do serviço prestado, possam valer-se e se beneficiar de tal aprendizado também para outras situações estressoras para além da esfera profissional.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O stress é uma realidade presente em todas as esferas da experiência humana, desde a família, as relações conjugais e o âmbito social, até o ambiente de trabalho, o que configura o stress ocupacional. Devemos, no entanto, nos recordar de que ele não necessariamente é o que leva as pessoas a adoecer, mas sim a maneira como o manejam, isto é, a qualidade dos recursos de enfrentamento com os quais contam, que nem sempre são suficientemente saudáveis para suportar, lidar, favorecer o processo de adaptação e superar de forma efetiva as tensões inerentes ao âmbito profissional.

Por outro lado, vale ressaltar que, por diversas vezes, o stress ocupacional também pode constituir-se através de demandas, tarefas ou relações potencialmente estressoras, ou seja, que por si só já exigem a mais da capacidade de coping do sujeito. Este é o caso dos profissionais de saúde que atuam no pronto atendimento, em que aspectos como a intensidade das rotinas de trabalho, a meticulosidade das ações e o constante contato com a dor, o sofrimento e a insatisfação pessoal dos pacientes atuam mais proeminentemente sobre sua saúde emocional e a qualidade de vida no trabalho.

Logo, a partir do desenvolvimento do presente trabalho, a primeira das considerações as quais se pôde chegar acerca do stress ocupacional na área da saúde e da forma como os profissionais o manejam, é que este ambiente laboral, corrobora para com maiores níveis de stress. Não obstante, conforme já referido, as fontes externas deste stress residem nas longas jornadas de trabalho, as exigências sobre a precisão das tarefas a serem desempenhadas (diagnóstico, prescrições e administração dos medicamentos) e a constante repetição dessas atividades, além da exposição a dor, sofrimento e insatisfações de pacientes e acompanhantes.

Quanto as estratégias de enfrentamento adotadas, a análise do estudo de caso revelou que, naquela amostra, destacava-se um empobrecimento do repertório de coping, o que foi trabalhado pelos autores do artigo em termos de possibilitar uma reestruturação cognitiva acerca de como manejar o stress de forma mais saudável, o que levou os participantes a levantar novas alternativas mais adaptativas que as anteriores.

Infelizmente, não foi possível, conforme se objetivava inicialmente com este trabalho, identificar e elucidar quais eram as estratégias utilizadas e sua efetividade, tampouco pôde-se avaliar os componentes cognitivos, emocionais e comportamentais ou examinar os efeitos destas formas de coping sobre a qualidade do serviço prestado e a atuação dos profissionais.

Para isto, faz-se necessário uma pesquisa de campo que foque no levantamento de tais aspectos, para trabalhar-se mais diretamente com eles, sendo que o artigo escolhido para a análise avaliava os atribuições (positivas e negativas) de seus participantes acerca do programa para manejo do stress ocupacional desenvolvido pelos autores. Isto é, no artigo foi tratado o processo de mudança de uma situação, enquanto que o objetivo inicial do trabalho dizia respeito a uma etapa anterior, ou seja, a análise da vivência da situação de crise com base nos recursos de enfrentamento que os sujeitos já possuíam, antes de qualquer intervenção focada na queixa de stress ocupacional.

Ainda que os questionamentos inicialmente levantados não possam ser plenamente respondidos, o que se pôde obter claramente com o estudo de caso foi que, anteriormente a intervenção, havia uma série de disfuncionalidades na maneira pela qual os profissionais de saúde lidavam com o stress ocupacional, tais como tendência a catastrofização, isto é, a exacerbar a real intensidade dos eventos, atribuindo-lhes uma conotação muito mais negativa do que possuíam. Também pôde-se constatar dificuldades para conseguir relaxar, crenças demandantes (consigo mesmos e com os colegas) e sensação de desamparo (necessidade de serem ouvidos em suas queixas). É possível que tais aspectos referentes a esta amostra de profissionais, possam ser estendidos para outros servidores brasileiros que também atuam no setor da saúde de uma forma geral e, ainda mais especificamente, no pronto atendimento.

Não obstante, um resultado interessante ao qual a pesquisa original chegou foi que, no decorrer da intervenção, o grupo estabeleceu como uma estratégia saudável para o enfrentamento do stress ocupacional o apoio social fornecido e fomentado pelas trocas grupais. Ou seja, com base nisto, podemos considerar que o oferecimento de programas como este dentro de unidades hospitalares pode auxiliar na diminuição dos níveis de stress, fomentar a resiliência dos profissionais, ampliar o repertório de enfrentamento e favorecer que estratégias mais saudáveis sejam adotadas, estratégias que venham a contribuir para com a satisfação profissional e a qualidade do atendimento fornecido aos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano Nauco. Psicoterapia cognitivo-construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas. In: RANGÉ, Bernard. (Org). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp.40-49.

ABREU, Cristiano Nabuco; GUILHARDI, Hélio José (Orgs). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental** – Práticas clínicas. São Paulo: Roca, 2004, pp. 3-42; 121-142; 275-286.

CAMINHA, Renato M. Transtorno de estresse pós-traumático. In: KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, pp.267-279.

CARVALHO, Liliane; MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes. Atenção básica: estresse e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros. In: FALCONE, Eliane M. de Oliveira; OLIVA, Angela Donato; FIGUEIREDO, Cristiane (Orgs). **Produções em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, pp.435-444.

CODO, Wanderley. Relações de trabalho e transformação social. In: LANE, Silvia T. Maurer; CODO, Wanderley (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 8ed. São Paulo: Brasiliense, 1989, pp.136-153.

D’ZURILLA, Thomas J.; NEZU, Arthur M. Terapias de Resolução de Problemas. In: DOBSON, Keith S. e Cols. **Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, pp.169-194.

DOBSON, Keith S.; DOZOIS, Davis J. A. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: DOBSON, Keith S. e Cols. **Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, pp. 24-43.

DOBSON, Keith S.; SCHERRER, Martin C. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: KNAPP, Paulo e Cols. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, pp. 42-56.

FIORITO, Aurineide Canuto Cabraíba; HIRATA, Heitor Pontes. Estresse ocupacional em profissionais de saúde. In: FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; OLIVA, Angela Donato; FIGUEIREDO, Cristiane (Orgs). **Produções em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, pp.329-338.

GAZZANIGA, Michael S.; HEATHERTON, Todd F. **Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp. 313-341.

GUIMARÃES, Suely, Sales. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: RANGÉ, Bernard. (Org). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp.170-183

KESTENBERG; Celia Caldeira Fonseca; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. Empatia em enfermeiros: a importância da tomada de perspectiva na redução da angústia pessoal. In: FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; OLIVA, Angela Donato; FIGUEIREDO, Cristiane (Orgs). **Produções em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, pp.71-80.

KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, pp.19-41; 133-158.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2008; 30 (Supl II): 54-64.

KONS, Maria Lúcia. **Para a crítica da subjetividade reificada**. Resenhas e críticas. Revista UFG, v. XI, n.7, pp.151-156, dezembro 2009. Disponível em: <[https://www.proec.ufg.br/up/694/o/07\\_critica\\_subjetividade\\_17.pdf](https://www.proec.ufg.br/up/694/o/07_critica_subjetividade_17.pdf)>. Acesso em: 27/04/19

KRISTENSEN, Christian Haag; SCHAEFER, Luiziana Souto; MELLO, Patrícia Gaspar. Modelo cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In: OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Iiana. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, pp.303-318.

KUNZLER, Lia Silvia. Pense saudável: reestruturação cognitiva em nível de crenças condicionais. In: RANGÉ, Bernard. (Org). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp.194-205.

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006, pp.55-66.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (Org.). **O Stress está dentro de você**. 2ed. São Paulo: Contexto, 2000, 199p.

\_\_\_\_\_. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e aplicações Clínicas**. 3ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, 228p.

\_\_\_\_\_. O percurso do stress: suas fases. **IPCS – Instituto de Psicologia e Controle do Stress**. s/d. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicações/o-percurso-do-stress-suas-etapas/>>. Acesso em: 18/05/19

\_\_\_\_\_. Os efeitos do estresse na produtividade humana. **IPCS – Instituto de Psicologia e Controle do Stress**. s/d. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/os-efeitos-do-stress-na-productividade-humana/>>. Acesso em: 15/09/2018

\_\_\_\_\_. Stress na atualidade: qualidade de vida na família e no trabalho. **IPCS – Instituto de Psicologia e Controle do Stress**. s/d. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/stress-na-atualidade-qualidade-de-vida-na-familia-e-no-trabalho/>>. Acesso em: 15/09/2018

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes. Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: RANGÉ, Bernard. (Org). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp.617-632.

\_\_\_\_\_. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, Bernard. (Org). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed. 2001, pp.475-490.

MALAGRIS, Lúcia Emmanoel Novaes; FIORITO, Aurineide Canuto Cabraíba. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estudos de Psicologia**, v.23, n.4, outubro-dezembro, 2006, pp. 391-398.

MARQUES, Eunaihara Ligia Lira; DELFINO, Telma Elita. **Contribuições das técnicas de respiração, relaxamento e mindfulness no manejo do estresse ocupacional**. 2016, pp.13. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0965.pdf>>. Acesso em: 22/08/2019

MATTOS, Laercio. **Trabalho, sofrimento e subjetividade – abordagem sócio-histórica –**. Osasco, 2010. 196f. (Dissertação de Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia Educacional, Centro Universitário FIEO, Osasco, SP, 2010. Disponível em: <[http://www.unifeo.br/pdfs/marketing/dissertacoes\\_psico\\_2010/Laercio\\_de\\_Mattos.pdf](http://www.unifeo.br/pdfs/marketing/dissertacoes_psico_2010/Laercio_de_Mattos.pdf)>. Acesso em: 19/04/19

MATURANA, Ana Paula Pacheco Moraes; VALLE, Tânia Gracy Martins do. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Psicol. Hosp.** São Paulo, v.12, n.2, pp. 02-23, dez. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200002). Acesso em: 26/09/2018

MENZANI, Grazielle. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro**. São Paulo, 2006, 130f. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

MORAES, Ana Paula Pacheco. **Stress, sintomas físicos, psicológicos e enfrentamento de situações estressoras em profissionais da saúde que atuam em hospitais**. 2012. 90f. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97433>. Acesso em: 26/09/2018

MURTA, Sheila Giardini. Programas de manejo do estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** 2005, v.7, n.2, pp.159-177. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452005000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000200003)>. Acesso em 24/08/2019.

MURTA, Sheila Giardini; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres. Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Jan-Abr 2004, v.20, n.1, pp.039-047. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n1/a06v20n1.pdf>>. Acesso em: 28/09/2019

NETO, Armando Ribeiro das Neves. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**. 2011, v.56, n.3, pp.158-168. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/366/399>>. Acesso em: 15/09/2019.

PAPINI, Júlio César Martins; PINTO, Mário Luiz Silva. **Estresse e Trabalho**. Florianópolis, 2000. 148f. (TCC de Especialização). Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, Universidade Federal de Santa Catarina, Associação Catarinense de Medicina. Florianópolis, SC, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/104989>. Acesso em: 22/09/2018

RAMOS, André Luiz Moraes. **Estratégias de enfrentamento do estresse**. Centro Universitário Salesiano de São Paulo. s/d. Disponível em: <<http://www.lo.unisal.br/sistemas/professores/andre1/arquivos/ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20ENFRENTAMENTO%20DO%20ESTRESSE.doc>>. Acesso em: 28/09/2019

RANGÉ, Bernard. (Org). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed. 2001, pp.34-62.

ROBINSON, Patrícia Genro; PAULON, Simone. Da busca de identidade profissional à expressão de um devir trabalhador. In: ZANELLA, Andréia V., et. al (Orgs). **Psicologia e práticas sociais**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008, pp. 402-407. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/886qz>>. Acesso em: 13/04/2019.

SADIR, Maria Angêla; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. As fontes de stress no trabalho. **Revista de Psicologia da IMED**, vol.1, n.1, p. 114-126, 2009. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/16>. Acesso em: 21/09/2018

SARDINHA, Aline; NARDI, Antonio Egidio. Estratégias de Manejo do Estresse e da Ansiedade. In: MELO, Wilson Vieira (Org). **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014, pp. 122-152.

SILVA, Rodrigo Marques; GOULART, Carolina Tonini; GUIDO, Laura de Azevedo. Evolução histórica do conceito de estresse. **Rev. Cient. Sena Aires**. v.7, n.2, pp.148-156, Jul-Set. 2018. Disponível em: <<http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/File/316/225>>. Acesso em: 12/04/2019.

TOWNSEND, Mary C. O Conceito de Adaptação ao Stress. In: TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência**. 6ed. Loures: Lusociência, 2011, pp. 2-11.

ZANELLI, José Carlos e cols. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Artmed Editora, 2010, 128p.