



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social
Mestrado em Psicologia Social



ROBERTA CAMARA ROCHA MENEZES

PERSPECTIVA PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA: UM ESTUDO SOBRE
FORMAÇÃO, AUTOEFICÁCIA E EMPATIA.

São Cristóvão – Sergipe
2014

ROBERTA CAMARA ROCHA MENEZES

PERSPECTIVA PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA: UM ESTUDO SOBRE
FORMAÇÃO, AUTOEFICÁCIA E EMPATIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos

São Cristóvão – Sergipe
2014

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação da discente Roberta Camara Rocha Menezes, intitulada “**Perspectiva profissional em psicologia: um estudo sobre formação, autoeficácia e empatia**” defendida e aprovada em 30/05/2014, pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos (orientador)

Prof^a. Dr^a Marley Rosana Melo de Araújo (examinadora)

Prof^a. Dr^a Maria Benedita Lima Pardo (examinadora)

RESUMO

Esta pesquisa trata da relação entre autoeficácia, empatia e formação em Psicologia Clínica para entender como essas variáveis influenciam a perspectiva profissional nessa área de atuação de estudantes concludentes do curso de Psicologia. A pesquisa foi realizada a partir de estudo online para respostas de estudantes de Psicologia de instituições públicas e privadas que estavam cursando o último ano da graduação, ou seja, o 9º ou 10º período. O instrumento de pesquisa foi composto de dois questionários adaptados e duas escalas padronizadas. Os questionários adaptados contém itens elaborados para este estudo ou adaptados da literatura que abordam a formação em psicologia clínica na graduação bem como questões abordando a perspectiva de futuro profissional em Psicologia e Psicologia Clínica. Participaram 199 estudantes, 76,5% do sexo feminino, de 15 Estados brasileiros e com idades entre 19 e 56 anos. A idade média para a amostra total foi de 25,5 anos (DP=5,73). Os resultados indicam que o grupo com maior autoeficácia na formação superior, tende a ter maior perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-3,30$; $p=0,00$). Quanto à empatia, o grupo com maior empatia apresentou uma maior perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-2,78$; $p=0,00$) e, em relação à avaliação da formação, grupo que avaliou melhor a formação em Psicologia Clínica apresentou também uma maior perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-7,34$; $p=0,00$). Uma análise de regressão linear mostrou que a perspectiva profissional em Psicologia Clínica apresenta como preditores significativos a idade do estudante, a autoeficácia na formação superior e a avaliação da formação em Psicologia Clínica, com variância explicada de 38,4% ($R^2=0,384$). Os preditores indicaram participantes mais velhos, com maior autoeficácia na formação superior e que avaliaram melhor a formação em Psicologia Clínica com maior peso para a variância explicada quanto à perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Palavras-chaves: Perspectiva profissional, formação em Psicologia, Psicologia Clínica.

ABSTRACT

This research deals with the relationship between self-efficacy, empathy and training in clinical psychology to understand how these variables influence the job prospects in this area of conclusive students of Psychology. The survey was conducted online to have the answers of psychology students from public and private institutions who were attending the last year of graduation, ie the 9th or 10th period. The survey instrument was composed of two questionnaires adapted and two standardized scales. The questionnaires adapted for this study has developed or adapted from the literature that address the training in clinical psychology at the undergraduate as well as questions addressing the prospect of future career in Psychology and Clinical Psychology items. Participants 199 students, 23.5 % were male and 76.5 % female, 15 Brazilian states and aged between 19 and 56 years. The average age for the total sample was 25.5 years ($SD = 5.73$). The results indicate that those with higher self-efficacy in higher education tend to have higher professional perspective in Clinical Psychology ($t = -3.30, p = 0.00$). As for empathy, the group with greater empathy showed greater job prospect in Clinical Psychology ($t = -2.78, p = 0.00$) and, regarding the evaluation of training, the group evaluated the best training in Clinical Psychology presented also greater job prospect in Clinical Psychology ($t = -7.34, p = 0.00$). A linear regression analysis showed that job prospects in Clinical Psychology presents as significant predictors of the student's age, self-efficacy assessment in higher education and training in Clinical Psychology, with explained variance of 38.4 % ($R^2 = 0.384$). Predictors showed older participants with higher self-efficacy in the education and training that best assessed in Clinical Psychology with a greater weight to the variance explained about the job prospects in Clinical Psychology.

Key-words: Professional perspective, training in Psychology, Clinical Psychology.

AGRADECIMENTOS

Chega ao fim mais um projeto, mais uma fase, mais uma conquista. Chega também o momento de agradecer àqueles que, de alguma forma, participaram dessa trajetória.

Aos meus pais, os melhores exemplos que tive e que sempre apoiaram minhas escolhas e me incentivaram a crescer profissionalmente.

À minha irmã Rafaella e toda minha família, por sempre estar torcendo pelo meu sucesso e felicidade.

Ao meu noivo Dann, pelo amor, paciência, carinho e incentivo de todos os dias.

Ao orientador desse trabalho, o Prof. Drº Elder Cerqueira-Santos, que me acolheu no meio do caminho e, de uma forma muito natural, me guiou durante essa jornada fazendo me sentir cada dia mais segura e empenhada neste trabalho. Sem a sua presença, esta conquista não teria sido possível. Muito obrigada!

Às examinadoras da banca, Prof.^a.Dr^a Maria Benedita Lima Pardo e Profa. Dr^a Marley Rosana Melo de Araújo, por terem aceitado o convite para participar da avaliação deste trabalho com tanta disposição contribuindo enormemente para este projeto.

À Capes, pelo apoio financeiro tão fundamental para minha dedicação neste trabalho.

A todos os coordenadores que ajudaram a divulgar esta pesquisa e aos estudantes de Psicologia que participaram do estudo.

Muito obrigada!
Roberta Camara Rocha Menezes

Sumário

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	15
PERSPECTIVA PROFISSIONAL.....	15
CAPÍTULO II.....	23
A PRÁTICA CLÍNICA NO MERCADO DE TRABALHO	23
1.ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL	23
2.A CONSTITUIÇÃO E REORGANIZAÇÃO DO CAMPO DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA	26
CAPÍTULO III.....	30
A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL, PARÂMETROS CURRICULARES E SUPERVISÃO EM CLÍNICA	30
CAPÍTULO IV	41
AUTOEFICÁCIA ACADÊMICA E EMPATIA	41
1. AUTOEFICÁCIA ACADÊMICA	41
2. EMPATIA E A PRÁTICA CLÍNICA.....	46
OBJETIVOS	52
1. OBJETIVO GERAL.....	52
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
MÉTODO	53
1. DESENHO.....	53
2. PARTICIPANTES.....	53
3. INSTRUMENTO	54
4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	55
5. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS	55
RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	90

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição regional	58
Figura 2 - Distribuição regiões nordeste (n=83), sul (n=37), sudeste (n=58) e centro-oeste (n=17).....	58
Figura 3 - Abordagem do estágio (n=188).....	61
Figura 4 - Preferência da área profissional.....	61

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resultados da Escala de Autoeficácia da Formação Superior (Polydoro e Guerreiro-Casanova, 2010)	63
Tabela 2. Resultados da Escala de empatia (Koller, Camino e Ribeiro, 2001).....	65
Tabela 3. Resultados da Avaliação da formação em Psicologia Clínica na graduação.....	68
Tabela 4. Resultados da Perspectiva profissional em Psicologia	69
Tabela 5. Resultados da Perspectiva profissional em Psicologia Clínica.....	70
Tabela 6. Teste t entre sexo e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.	71
Tabela 7. Teste t entre instituição e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.....	71
Tabela 8. Teste t entre autoeficácia na formação superior e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.	72
Tabela 9. Teste t entre perspectiva profissional em Psicologia Clínica e empatia.....	75
Tabela 10. Teste t entre perspectiva profissional em Psicologia Clínica e avaliação da formação em Psicologia Clínica.	75
Tabela 11. Teste t entre a avaliação na formação em Psicologia Clínica e instituição.	77
Tabela 12. Teste t entre grupos da avaliação da formação e instituição.	77
Tabela 13. Anova para diferenças das médias entre grupos de abordagem para a autoeficácia da formação.	78
Tabela 14. Anova para diferenças das médias entre grupos de abordagem para a empatia.	79
Tabela 15. Anova para diferenças das médias entre grupos de abordagem para a perspectiva profissional em Psicologia Clínica.	79
Tabela 16. Correlação de Pearson entre autoeficácia, empatia, avaliação, perspectiva profissional e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.	81
Tabela 17. Regressão Linear Múltipla de preditores para influência sobre a perspectiva profissional em Psicologia Clínica.	82

INTRODUÇÃO

A conclusão de um curso superior é, para muitos jovens adultos, o começo de uma nova fase marcada pelo início do trabalho na profissão escolhida. Para aqueles que nunca trabalharam, essa nova fase traz a possibilidade de autonomia financeira e independência do ambiente familiar. Para aqueles que já trabalham, o diploma universitário pode ser a promessa de novas possibilidades profissionais, crescimento em uma carreira ou até uma nova alternativa profissional. De qualquer forma, o fim de um curso universitário significa o término de uma etapa da educação e traz uma série de expectativas que podem se tornar realidade ou não nos anos que seguem.

Este trabalho propõe-se a estudar a perspectiva de futuro profissional ou simplesmente perspectiva profissional, que pode ser descrita como antecipação - no presente - de metas relativas à profissão, bem como resultados profissionais esperados após a conclusão do curso superior. Segundo Silva e Soares (2001) a profissão é mais que um agrupamento de técnicas utilizadas com a finalidade de garantir subsistência. Para esses autores, ela vem acompanhada de um *status* social, servindo em nossa sociedade como um diferenciador, um identificador de papéis e até uma opção de vida, quer tenha sido escolhida conscientemente ou não.

No caso da Psicologia, sua multiplicidade de objetos de estudo, além da diversidade teórica para intervir e trabalhar com os fenômenos estudados, tem levado a uma gama de áreas de atuação. Requisitado em diversas novas áreas, o estudante de Psicologia, principalmente nos últimos anos da graduação, passa a se questionar por qual (quais) dela(s) deve optar. A Psicologia Clínica foi e ainda é uma das áreas profissionais preferidas entre os estudantes de Psicologia. Atualmente, esse campo de atuação na sua forma mais tradicional (em consultórios particulares) tem perdido um pouco a força como

único modelo de trabalho e única fonte de renda entre os psicólogos, quando se compara dados referentes há mais ou menos 20 anos atrás, mas ainda mantém-se como uma área fortemente escolhida pelos estudantes como área de atuação profissional.

Esse trabalho procura investigar não só como anda a perspectiva profissional dos estudantes em relação à prática clínica, mas também verificar possíveis relações que, no período da graduação, possam interferir nessa perspectiva. Assim, esta pesquisa analisou a perspectiva profissional de estudantes de Psicologia em relação a essa área de atuação, assim como a relação das variáveis *autoeficácia acadêmica, empatia e a avaliação da formação em Psicologia Clínica* na perspectiva deste futuro profissional.

Não é intenção desse estudo inferir que estudantes que não têm uma boa perspectiva profissional em Psicologia Clínica não a têm exclusivamente por conta da formação nessa área ou ainda por conta de níveis altos ou baixos de autoeficácia acadêmica ou empatia, até porque é bastante claro que a Psicologia Clínica é apenas uma das diversas áreas de atuação dentro da Psicologia que os alunos podem escolher após a graduação. Entretanto, o que este estudo procurou investigar é alguma relação entre essas variáveis, e se, de alguma forma, elas podem interferir na perspectiva profissional dos estudantes concludentes do curso de Psicologia.

No que diz respeito à formação, é inegável a relevância do seu estudo em Psicologia Clínica dada nos cursos superiores. É necessário refletir acerca dos estágios supervisionados, a atuação dos professores como supervisores, o espaço dos serviços de Psicologia aplicada, o atendimento à população por esses estagiários e, claro, as lacunas entre teoria e prática; formação e mercado de trabalho. Assim, esta pesquisa, junto com diversas referências, continua um debate acerca dessa etapa específica do processo educacional de formação do psicólogo.

Ainda pensando nas variáveis que possam vir a influenciar a perspectiva de futuro

profissional da Psicologia Clínica, a autoeficácia acadêmica e a empatia parecem ser reveladoras. A autoeficácia, conceito criado por Bandura em 1977, é bastante utilizada em contextos acadêmicos e caracteriza-se como sendo um “conjunto de crenças e de expectativas acerca das capacidades pessoais para realizar atividades e tarefas, para concretizar objetivos e para alcançar resultados no domínio particular da realização escolar.” (Pina Neves & Faria, 2007, p. 53). Este momento acadêmico também é o momento de desenvolvimento das crenças de autoeficácia em relação ao futuro profissional dos universitários (Lent, Brown & Hackett, 1994). Por conta disso, a autoeficácia acadêmica foi utilizada como variável nesse estudo.

Já a empatia, apesar da diversidade de conceitos e definições, caracteriza-se, de forma genérica, como uma capacidade de colocar-se no lugar do outro e entender o que ele está sentindo, sem necessariamente passar pela mesma experiência (Falcone, Ferreira & Luz, 2008). A empatia no contexto clínico, segundo Palhoco (2011), contribui para que o terapeuta possa obter *insights* em relação ao tratamento, adotando a perspectiva do cliente, compreendendo como ele se vê e qual seu contexto de vida. Para Tambara e Freire (1999), o desenvolvimento profissional de um terapeuta é dependente de seu desenvolvimento pessoal, onde é preciso ampliar a consciência de seus processos internos e aprimorar sua sensibilidade na relação com o outro. Não é difícil reconhecer a importância desse constructo no estabelecimento de relações interpessoais, mais especificamente, o seu uso na prática clínica.

Diante do exposto, esse estudo pretende analisar a influência das variáveis internas como empatia e autoeficácia e fatores externos como a avaliação da formação em Psicologia Clínica na perspectiva de futuro profissional de estudantes do último ano do curso de Psicologia nessa área. Para isso, cabe investigar os níveis de autoeficácia acadêmica e de empatia entre estudantes concluintes do curso de Psicologia; mensurar

como os alunos de Psicologia avaliam a formação em Psicologia Clínica na graduação; investigar a relação entre a autoeficácia acadêmica e a avaliação da formação em Psicologia Clínica bem como a relação entre empatia e a avaliação da formação; analisar a relação entre autoeficácia acadêmica e a perspectiva de futuro profissional na Psicologia Clínica de estudantes de Psicologia e a relação entre empatia e essa perspectiva; e, por fim, examinar a relação entre a avaliação da formação em Psicologia Clínica e a perspectiva de futuro profissional nessa área de atuação de estudantes de Psicologia.

Acredita-se que a empatia seja uma variável que facilite a escolha dos estudantes a terem mais afinidade com esse campo e por consequência, uma melhor perspectiva de futuro profissional. Além disso, alunos com autoeficácia acadêmica maior também tenderão a ter uma melhor perspectiva de futuro profissional. Aqueles que avaliam positivamente a formação em Psicologia Clínica também deverão se sentir mais aptos a exercer essa função. Nesse sentido, identificar aspectos como a empatia dos estudantes, a autoeficácia acadêmica percebida e a avaliação da formação em Psicologia podem auxiliar na compreensão de como são construídas as perspectivas profissionais futuras dos formandos.

No final do curso de graduação, é esperado que o jovem possa estabelecer um projeto profissional realista e coerente com seus interesses e engaje-se em atividades que possam colocar seu projeto em prática. Desta forma, a perspectiva profissional de jovens pode ser motivadora ou desanimadora em relação ao futuro destes no mercado de trabalho, inclusive influenciando de forma positiva ou negativa a realidade deste mercado. Assim, este trabalho, ao estudar a perspectiva profissional em Psicologia Clínica, mostra sua relevância não apenas investigando a perspectiva profissional de estudantes de Psicologia, mas também procurando identificar e entender variáveis que possam interferir nessa perspectiva.

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA PROFISSIONAL

Podemos fazer menção a fatos futuros de diversas formas: falando sobre perspectivas, aspirações, expectativas ou projetos de vida. Essas palavras têm diferentes conceitos, mas utilizados pela literatura científica para referir-se à crença de poder realizar ou ver algo realizado no futuro (Neiva- Silva, 2003). Nesse estudo, será usada a definição de Locatelli, Bzuneck e Guimarães (2007) que trabalha com esses termos como sinônimos e que compreende a perspectiva de futuro como a forma como os indivíduos percebem o seu futuro e os objetivos de vida que se propõem a atingir, ou, ainda, como um construto voltado para o planejamento ou esperança de concretizar algo. No caso deste trabalho, lida-se com a perspectiva de futuro profissional ou simplesmente perspectiva profissional, englobando assim uma antecipação - no presente - de metas relativas à profissão, bem como resultados profissionais esperados após a conclusão do curso superior.

Para isso, deve-se entender o significado de profissão, que segundo o dicionário Aurélio é ocupação, emprego que requer conhecimentos especiais e geralmente preparação longa e intensiva; ofício. Segundo Soares e Silva (2001) a profissão é mais que um agrupamento de técnicas utilizadas com a finalidade de garantir subsistência. Para esses autores, ela vem acompanhada de um *status* social, servindo em nossa sociedade como um diferenciador, um identificador de papéis e até uma opção de vida, quer tenha sido escolhida conscientemente ou não.

A forma como se prepara e escolhe o futuro profissional é descrito por vários autores e diversas são as teorias que versam sobre as influências para a escolha vocacional dos indivíduos. Entre as psicológicas - aquelas que enfatizam a importância das características individuais ou do funcionamento do indivíduo - a de Parsons (1909) é a

pioneira. Nessa teoria, Parsons conclui que os indivíduos preferem carreiras que sejam adequadas às suas características pessoais e, propõe um modelo de orientação profissional em que a escolha de uma carreira deve ser um processo de equilíbrio entre características individuais e demandas do mercado de trabalho. Essa relação mostrou-se relevante e foram então desenvolvidos testes que pudessem avaliar habilidades e traços de personalidades para poder orientar pessoas na escolha da melhor profissão para elas. Foi essa forma de entender a escolha da carreira que ajudou o desenvolvimento do campo da orientação profissional na Psicologia, com um grande número de testes e avaliações sendo elaborados.

Outro clássico nome nessa área é Super (1953), que muda um pouco a forma de ver as motivações para a escolha da carreira. Para ele, não importam os interesses ou as habilidades medidas por testes e sim a percepção que o indivíduo tem de si mesmo e que tipo de autoconceito ele tem. O autoconceito vocacional é definido por Super (1963) como aquelas características que o sujeito acredita que são importantes para o contexto profissional.

Outros aspectos importantes são as crenças sobre as ocupações e sobre as pessoas que exercem certas funções (Gondim, Magalhães & Bastos, 2010). Acaba-se criando representações sociais, bem como estereótipos nos mais diversos ambientes de trabalho e esses, bem como o autoconceito vocacional, tendem a ser bastante endurecidos, sendo resistentes a mudanças.

Holland (1996) propõe um modelo que divide as pessoas e o ambiente de trabalho em seis tipos: prático, investigativo, artístico, social, empreendedor e convencional. Para o autor, os indivíduos procuram ambientes adequados a suas características, mas essa busca é também orientada por estereótipos. Em outras palavras, a escolha da carreira é também a escolha de um ambiente de trabalho onde o indivíduo irá encontrar pessoas que compartilham dos mesmos valores e características pessoais que ele.

A teoria de Holland, além de ter um papel bastante hegemônico no campo das teorias sobre a escolha da carreira, também trouxe algumas críticas, como, por exemplo, o fato das ocupações, bem como as pessoas sofrerem mudanças através das transformações tecnológicas, econômicas e sociais. Frente a essas mudanças, os estereótipos parecem inadequados para as escolhas profissionais e os mais jovens (aqueles que estão em fase de fazer escolhas), muitas vezes são ainda guiados por essas representações.

Pelletier, Bujold e Noiseaux (1985, citado por Teixeira, 2002) propuseram um modelo de desenvolvimento vocacional baseado nas idéias de Super (1957; 1963a). São quatro etapas envolvidas nesse processo: exploração, cristalização, especificação e realização. A exploração nada mais é que a busca de informações sobre o ambiente e sobre si mesmo. O momento seguinte, da cristalização, corresponde à primeira organização que o indivíduo faz das inúmeras informações que adquire sobre si e o meio. É uma etapa de classificação e restrição das informações obtidas, sendo estabelecidas algumas prioridades e um esboço inicial das preferências vocacionais (Pelletier, Bujold & Noiseaux, 1985). Já a especificação, consiste em avançar no processo de decisão e fazer com que uma preferência vocacional genérica seja uma preferência específica (Pelletier, Bujold & Noiseaux, 1985). Essa etapa exige um maior comprometimento do indivíduo com a sua escolha. Ele precisa identificar quais os valores que pretende realizar em seu futuro profissional, estabelecer hierarquias e averiguar, entre as opções que lhe são disponíveis, aquelas que melhor permitem a consecução de seus objetivos. Por fim, a última etapa do processo de desenvolvimento vocacional é a realização. Depois de explorar, restringir possibilidades e especificar um caminho, é hora do indivíduo pôr em prática a sua escolha através do ingresso em uma formação específica ou no mercado de trabalho na profissão desejada (Pelletier, Bujold & Noiseaux, 1985).

A saída da universidade e inserção no mercado de trabalho pode ser situada, dentro do modelo de desenvolvimento vocacional, como uma passagem do período exploratório para o de estabelecimento na carreira. Embora a entrada na universidade já tenha exigido do jovem uma primeira especificação de seus interesses profissionais, a escolha de um curso ainda é, para a maioria dos jovens, uma atividade exploratória (Teixeira, 2002). Entretanto, é esperado que, ao final do curso de graduação, haja uma consolidação do autoconceito profissional do jovem e que ele possa estabelecer um projeto profissional realista e coerente com seus interesses e engaje-se em atividades que possam colocar seu projeto em prática. Assim, espera-se que ao final da graduação o jovem universitário tenha tido experiências exploratórias suficientes para conhecer mais a si mesmo, as atividades da sua profissão e a própria realidade do mercado de trabalho a fim de poder elaborar um plano consistente para o seu futuro.

Vale frisar, no entanto, que o processo de desenvolvimento vocacional descrito anteriormente acaba não levando em conta diversas variáveis - tanto individuais quanto contextuais - que afetam o desenvolvimento vocacional e a formação de projetos profissionais. Segundo Teixeira (2002), a indecisão quanto à carreira profissional - em diversas etapas do desenvolvimento vocacional - está associada a uma série de fatores como ansiedade, baixa autoestima, dificuldade de resolução de problemas, baixo otimismo, temor de comprometimento profissional, comportamentos exploratórios pobres ou reduzidos, baixo apoio emocional percebido de pessoas significativas, além de níveis mais baixos de conhecimento sobre si mesmo e sobre a realidade do mundo profissional.

Outra importante variável que influencia a formação de interesses e o conseqüente estabelecimento de metas profissionais é a autoeficácia que o indivíduo desenvolve em relação a diferentes atividades. Esse conceito e sua relação com a perspectiva profissional será explorado de forma mais profunda no próximo capítulo deste estudo, mas para falar o

mínimo, a autoeficácia afeta o desenvolvimento vocacional na medida em que predispõe o indivíduo a interessar-se por atividades profissionais nas quais ele se percebe competente, além de estar associada ao bom desempenho profissional (Lent, Brown & Hackett, 1996).

Certamente, além dos aspectos psicológicos referidos acima, outros fatores mais objetivos também influenciam a perspectiva profissional, como restrições de ordem econômica, a competitividade no mercado de trabalho, os preconceitos de raça e sexo, a dificuldade de balancear obrigações de trabalho e família, entre outros, e precisam ser considerados ao se estudar o desenvolvimento de carreira (Teixeira, 2002).

Um outro fator que será estudado nesse trabalho é a avaliação da formação superior pelo aluno. Segundo Silva e Duarte (2012), a formação acadêmica, por vezes, é um dos fatores que viabilizam a adequação à vida profissional, pois se percebe que a formação superior vem sendo compreendida, nas últimas décadas, como um pré-requisito elementar não só para inserção no mercado de trabalho, mas, sobretudo, para a manutenção da própria carreira.

Segundo Gondim (2002), a organização universitária, como qualquer outra esfera da educação formal, está sendo convocada a assumir um duplo papel, o de educar – que se distingue da mera instrução – e o de preparar profissionais para atender às novas demandas do mercado de trabalho. Algumas pessoas concluem seus cursos achando sua formação insuficiente, e, embora isso não se deva exclusivamente devido à má qualidade ou desatualização do curso deve se reconhecer em muitos casos a pertinência de tais reclamações. Segundo Teixeira (2002), as queixas mais comuns dos alunos relacionam-se com a desvinculação que parece existir entre a teoria acadêmica e a realidade do mundo profissional, incluindo aí a realidade do mercado.

No que diz respeito à Psicologia, foram feitas, nas últimas décadas, diversos estudos acerca da escolha da Psicologia como profissão enfatizando a importância dos

fatores internos (habilidades, características pessoais) para a escolha da mesma. Segundo Gondim e colaboradores (2010), a primeira pesquisa em grande escala no Brasil a estudar o assunto foi a de Carvalho e colaboradores (1988), que mostrou que, na época, a maioria dos psicólogos entrevistados escolheu a profissão por se interessar pelos temas da Psicologia, conhecer melhor o ser humano e ajudá-lo.

Outra pesquisa relevante foi a de Magalhães e colaboradores (2001) que identificou três pontos semelhantes numa revisão de literatura sobre a escolha da Psicologia. Os autores identificaram que essa escolha se deve a: 1) percepções de habilidades pessoais para ajudar o próximo; 2) mais motivada por motivos altruístas do que por valores econômicos; e, por fim, 3) está associada à busca de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal.

Os estudos têm mostrado o peso dos fatores internos na escolha da profissão, mas, especificamente na Psicologia, esse peso tem se mostrado mais forte ainda. A pesquisa feita por Gondim e colaboradores (2010) com psicólogos de todo país revelou que fatores externos como remuneração alta, status social e condições do mercado de trabalho foram motivos pouco citados pelos participantes em comparação com fatores internos.

Em relação à área de atuação da Psicologia (por exemplo, Psicologia Clínica, organizacional, escolar, da saúde, docência, etc.) podem ser vistas algumas diferenças se comparada à escolha da profissão (Gondim et al, 2010). Uma delas é a influência maior dos fatores externos como situação do mercado de trabalho, remuneração e status social. O único fator externo que perde força nesse caso é a influência de pessoas importantes, que tem peso maior na escolha da profissão.

A outra diferença, mais relevante para este estudo, é a influência da formação superior para a escolha da área de atuação. Gondim e colaboradores (2010) concluíram, após pesquisa nacional:

“No que tange à área de atuação, no entanto, há maior suscetibilidade de influência durante o processo de formação. A riqueza e a variedade de oportunidades oferecidas durante o período de permanência no ensino superior servem de potenciais atrativos para ajudar na construção de uma identidade secundária, ou seja, além da identidade com a Psicologia, que lhe dá unidade, há uma identidade com a área de atuação. Nesse caso, modelos oferecidos pelas instituições formadoras e demais fatores externos – como a remuneração e as oportunidades no mercado – seriam responsáveis pela vinculação com as áreas de atuação”. (p. 84).

O que diz respeito à perspectiva profissional dos estudantes de Psicologia, a literatura científica é escassa. Diversos são os estudos que abordam a perspectiva profissional de estudantes formandos ou recém-formados, mas não foi encontrada uma grande quantidade de trabalhos que estudassem a perspectiva profissional de estudantes de Psicologia (Pimentel, 2007; Bardagi & colaboradores, 2008; Strottmann & Wendling, 2008) e nenhum deles relaciona-se diretamente com a Psicologia Clínica.

Os estudos que abordam a perspectiva profissional em Psicologia tiveram maior foco em estudantes recém-formados e suas percepções sobre a formação e a inserção no mercado de trabalho. O trabalho de Pimentel (2007) explorou as estratégias de inserção no mercado de trabalho dos participantes bem como o papel da universidade nesse processo. Nos resultados da pesquisa, dois aspectos fundamentais marcaram esse tema: a incongruência entre o conhecimento aprendido na universidade e aquilo que de fato acontece no cotidiano do mundo, além da lacuna deixada pela universidade, ao não preparar os alunos para a realidade do mercado de trabalho. Os participantes alegaram usar a formação continuada para sentirem-se mais preparados para as exigências da vida

profissional e relataram sentimentos de medo, insegurança e ansiedade decorrentes do momento de ingresso no mercado de trabalho.

Bardagi e Boff (2010) revelou em seu estudo que a maioria dos seus participantes se declarou não preparada ou “mais ou menos” preparada para atuar profissionalmente ao final do curso e que muitos egressos consideraram que o curso privilegia algumas áreas em detrimento de outras. Entretanto, os participantes relataram boa perspectiva profissional nos momentos anteriores à formatura. Já o trabalho de Strottmann e Wendling (2008) considerou também os fatores internos como importantes para a formação de uma identidade profissional, que se relaciona diretamente a uma boa perspectiva profissional. O estudo revelou que a autoeficácia profissional, a decisão da área de atuação e boas oportunidades profissionais são as variáveis que mais têm força sobre a perspectiva profissional na Psicologia.

De forma semelhante ao estudo citado anteriormente, mas com uma metodologia distinta, mantém-se o foco na perspectiva profissional, mas voltado à área de atuação da Psicologia Clínica e introduzindo fatores internos e externos para estudar essa variável.

CAPÍTULO II

A PRÁTICA CLÍNICA NO MERCADO DE TRABALHO

1. ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL

Apesar do foco deste estudo não ser como a Psicologia Clínica se iniciou no país, se faz necessário considerar alguns momentos importantes da construção do campo. Esse breve recorte histórico pretende facilitar o entendimento do momento atual dessa área de atuação e relacioná-la às questões do mercado de trabalho.

Segundo Firmino (2011), a Psicologia Clínica no Brasil teve seu início em 1843, com o atendimento à infância no Rio de Janeiro. Esses atendimentos eram feitos na tentativa de estruturar o primeiro laboratório de Psicologia aplicada à educação na Instituição Pedagogium. Essa instituição, criada oficialmente em 1890, pretendia ser um centro de reformas e melhorias para a educação nacional. Entretanto, entre 1890 e 1897, o laboratório acabou divulgando estudos de problemas psicológicos no meio acadêmico pedagógico, crescendo depois em hospitais, no convívio entre psicólogos e psiquiatras.

Médicos brasileiros estagiaram em serviços psiquiátricos europeus nos quais entravam em contato com laboratórios de Psicologia. Esses contatos animaram a fundação de laboratórios de Psicologia no Brasil em ambientes hospitalares. Um médico e psicólogo francês, George Dumas, junto com Maurício de Medeiros trabalhou na instalação de um laboratório em um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro em 1907. Já em São Paulo, Ugo Pizzolli, um psicólogo italiano, veio ao Brasil para instalar um laboratório pedagógico na Escola Normal. Esse laboratório tornou-se base para as disciplinas Psicologia educacional e Psicologia Geral para a futura Universidade de São Paulo (Antunes, 2004). O psicólogo polonês Waclaw Radecki, chegou ao Brasil em 1923, e foi convidado para dirigir um

laboratório em ambiente hospitalar em Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, que era montado com equipamentos trazidos de Paris e de Leipzig. O laboratório acabou se tornando o Instituto de Psicologia hoje integrado à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1928, em Belo Horizonte, Theodore Simon e Léon Walther da Universidade de Genebra, organizaram um laboratório na Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico. No ano seguinte, Helena Antipoff, psicóloga russa e doutora da Universidade de Genebra, passou a chefiar o laboratório fixando residência no Brasil. Essa instalação de laboratórios em ambientes aplicados, geralmente dirigidos para as doenças mentais ou resolução de problemas escolares, é marcante para a história da Psicologia Clínica (Firmino, 2011).

Essa aproximação com a psiquiatria incentivou, entre psicólogos, o interesse pela psicoterapia e pela psicanálise. De forma mais oficial, foi em 1922 que a Psicologia Clínica fincou-se no Brasil. Por iniciativa da Liga Brasileira de Higiene Mental, foram instituídos gabinetes de Psicologia junto a clínicas psiquiátricas (Lourenço Filho, 1955). Nota-se que a Psicologia Clínica brasileira foi sendo gerada dentro de outras áreas como a medicina e a pedagogia.

Em 1929, a Psicologia passou a ser ensinada na universidade. A Psicologia era ensinada nos cursos de filosofia e contribuiu para a formação de psicólogos nas décadas de 1940 e de 1950. A imediata e avassaladora expansão da oferta de cursos de Psicologia comprometeu a relação entre ensino e prática. Poucas universidades seguiram o exemplo de instituições pioneiras que buscaram orientação de professores estrangeiros. A maioria das instituições contou com a colaboração de religiosos, profissionais de áreas afins ou profissionais interessados em Psicologia para iniciarem os cursos (Gomes, 2003).

Com a aprovação da lei nº 4119, a profissão foi regulamentada no Brasil no dia 27 de agosto de 1962, dia consagrado atualmente como o dia do psicólogo. A lei de regulamentação da profissão foi complementada pelo parecer nº. 403/62 do Conselho

Federal de Educação que estabeleceu o currículo mínimo para os cursos de Psicologia do país, discorrendo sobre as disciplinas e atividades obrigatórias para a formação dos psicólogos brasileiros (Brasil, 1962).

Em 1971, através da Lei 5766 foram criados os conselhos federal e regionais de Psicologia e, em 1972, o Registro Profissional do Psicólogo. Em 1988, o Conselho Federal de Psicologia publicou uma grande pesquisa de caracterização dos psicólogos brasileiros, contando com 2448 participantes de diferentes regiões do país. A pesquisa indicou que 43,4% dos participantes trabalhava com Psicologia Clínica naquela época, entre as áreas escolar, organizacional, docência, pesquisa e comunitária. A pesquisa também indicou que, dentre aqueles que trabalhavam em mais de uma área na Psicologia, a Clínica estava presente na maioria dos casos. 60,7% dos entrevistados tinha pelo menos um emprego em Clínica em 1988. Segundo Bastos e Gomide (CFP, 1988), responsáveis pela pesquisa do CFP: “como vemos, o predomínio da Clínica é patente. Esta área, certamente, deve continuar definindo a profissão para o público externo e se constituir em forte pólo de atração para os que buscam a profissão.”

Essa mesma pesquisa revelou outra característica importante dos psicólogos clínicos de 25 anos atrás. Mais da metade dos participantes que disseram atuar em Clínica, ao serem questionados sobre seus locais de trabalho responderam escolas e hospitais, além do consultório (CFP, 1988).

A seguir, será discutida onde a Psicologia Clínica está inserida atualmente, por quais mudanças tem passado e que tipo de problemas tem enfrentado.

2. A CONSTITUIÇÃO E REORGANIZAÇÃO DO CAMPO DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

Não há dúvidas de que a Psicologia Clínica é a área da Psicologia que detém a representação social mais frequente do psicólogo. E, em termos de representação social do psicólogo clínico, suas atividades se aproximam bastante daquelas exercidas pelo médico. Lo Bianco, Bastos, Nunes e Silva (1994) descrevem essa representação como a figura do terapeuta que faz terapia individual ou grupal, exerce suas atividades em consultório particular, em que ele se apresenta como autônomo ou profissional liberal e que atende, geralmente, uma clientela de poder aquisitivo alto.

Para tratar desse assunto, devemos começar pela origem do termo *clínica* (palavra derivada do grego *klinê* e que significa leito) que remete ao significado de “à beira do leito”, mostrando a influência do modelo médico nesse campo de atuação. Além disso, ainda existe, nos dias atuais, a influência do status social que o modelo médico atribuiu ao psicólogo clínico, fator que ainda pode ser visto como atrativo para aqueles que estão escolhendo uma área de atuação na Psicologia (Dutra, 2004).

Estudos mostram que o atendimento clínico em consultório é a atuação profissional desejada pelos alunos que iniciam o curso de Psicologia e, também, pelos profissionais já formados que buscam uma área de atuação (Mello, 1970; Yamamoto, Siqueira & Oliveira, 1997; Sanches, 1999; Magalhães, Stralotto, Keller & Gomes, 2001; Santos, 2004). Em 1988, a pesquisa do Conselho Federal de Psicologia já indicava uma grande preferência dos psicólogos brasileiros pela área clínica como atuação profissional (CFP, 1988).

Atualmente, o estudo mais relevante sobre as áreas de atuação dos psicólogos brasileiros é o de Bastos, Gondim & Peixoto (2010). Esta pesquisa foi realizada com 2214 participantes e mostrou que entre os psicólogos que trabalhavam em apenas uma área de atuação, a Clínica fica atrás apenas da área organizacional, diferente de pesquisa realizada

Conselho Federal de Psicologia (1988), que teve a área clínica como preferida entre os psicólogos. Em contrapartida, revelou que ao se conciliar duas áreas de atuação concomitante, a Clínica é a mais freqüente, pois vem associada à área da saúde, à docência, à organizacional e do trabalho e à área escolar e educacional, deixando evidente a sua importância como área central de atuação de psicólogos até os dias atuais (Bastos, Gondim & Peixoto, 2010).

Há, entretanto, cada vez mais a crítica da predominância do modelo clínico hegemônico e elitista de atuação psicológica. Muitos autores brasileiros (Féres-Carneiro, 1993; Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003; Guedes, 1992 & Dutra, 2004, 2008) têm procurado discutir aspectos das mudanças que vêm acontecendo no campo da Psicologia Clínica brasileira. Para Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) essa área tem se espalhado por vários domínios.

Contrapondo-se a essa concepção clássica ou tradicional da Psicologia Clínica descrita anteriormente, (Lo Bianco, Bastos, Nunes, & Silvia, 1994) têm discutido uma outra forma de pensar e atuar na Psicologia Clínica, o que eles chamam de tendências emergentes. Essas tendências foram estudadas por Dutra (2004) que relata que essas tendências apontam para um maior interesse e preocupação com o contexto social. Por consequência, implica novas concepções de sujeito bem como novas interpretações das teorias psicoterápicas. Essa nova concepção acaba por articular de forma mais íntima a clínica e o social. Dessa forma, as mudanças na Psicologia Clínica não ocorrem apenas no que diz respeito às aplicações da mesma, e sim novas noções de individualidade e subjetividade (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003).

É nesse contexto de mudanças que também surge a necessidade de construção de uma Psicologia Clínica que pense através da realidade brasileira e “que possa problematizar as práticas até então ainda não pensadas na dimensão sócio-cultural” (Dutra,

2004, p. 383). Barbosa e Silveiras (2004) também colocam em questão a falta de um modelo de atuação clínica desenvolvido especificamente para as instituições brasileiras e para as características sociais, econômicas e culturais da população que as procura. DeSouza (1998) comenta que é necessário superar a colonização intelectual pelos países industrializados. O autor sugere uma Psicologia de significância cultural prática que seja compatível com a realidade brasileira.

Gondim, Bastos e Peixoto (2010) argumentam que essa situação tem mudado e que o profissional já está mais reocupado com o seu papel social e com as demandas coletivas, dando passos na direção oposta a um modelo individualista alicerçado no atendimento clínico de consultório. Os autores também atentam para o fato de que a área clínica indiscutivelmente possui o maior peso entre as áreas de atuação pesquisadas entre os participantes. Eles argumentam que “em outras palavras, mesmo que o psicólogo atue na Clínica e em outra área ao mesmo tempo, os seus trabalhos (ou empregos) demandam de modo mais expressivo atividades de natureza clínica.” (p. 181).

Ainda segundo Dutra (2004), “o que mais caracterizou a saída da clínica do seu modelo tradicional foi a sua inserção na saúde pública, com o psicólogo clínico passando a atuar em hospitais e ambulatorios gerais e psiquiátricos, nas unidades básicas de saúde, nas escolas, creches e organizações, onde são empreendidas *ações de saúde*” (p. 383). A autora salienta que era possível observar e, não raro, nos dias atuais, que a prática exercida nesses locais reproduzia o modelo clássico da Psicologia Clínica. Entretanto, já é possível ver que as novas aplicações das práticas clínicas, principalmente aquelas desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (como o SUS, por exemplo), já caminham para uma nova concepção da clínica psicológica, mais contextualizada e refletida, como foi dito por Gondim, Bastos e Peixoto (2010).

Costa e Brandão (2005) propuseram uma intervenção clínica, que ocorre em contexto de comunidade. Essa proposta é um diálogo com a Psicologia Social Comunitária e considera o contexto social mais amplo, e suas influências sobre os sujeitos, os grupos e as famílias. Para as autoras, a Clínica nesse diálogo é vista não como uma área e sim como uma abordagem, “uma forma de olhar” (p. 33). É possível observar que essas áreas, “algumas com diferentes fundamentações epistemológicas e não redutíveis umas às outras, tem contribuído para construir uma prática não proveniente da superposição ou transposição de modelos, mas sobretudo, da tentativa de reformulação e elaboração de novas formas de atuação” (Costa & Brandão, 2005, p. 36).

Para Dutra (2008), ainda existe muita crítica e preconceitos em relação à Psicologia Clínica. Parte dessa crítica se devia à crença de que ela ignorava os processos sociais, principalmente na década de 1970, época em que o país vivia a ditadura e esperava-se do psicólogo uma atitude politicamente engajada. Dutra (2008) fala que “nesse cenário, a clínica psicológica surgia como uma prática alienante, uma vez que não tratava dos determinantes sociais que provocavam o mal-estar da época e por focalizar somente o indivíduo, deixando de fora o seu contexto social.” (p. 1). A autora ainda destaca a Academia como sendo um local em que ainda se depara com esse tipo de crença e preconceito em relação à Psicologia Clínica. É preciso, desta forma, colocar em pauta que tipo de formação em Psicologia Clínica é dada nos cursos de Psicologia e questionar se essa formação realmente prepara os estudantes para as novas práticas clínicas presentes no atual mercado de trabalho.

CAPÍTULO III

A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA NO BRASIL, PARÂMETROS CURRICULARES E SUPERVISÃO EM CLÍNICA

Para Schon (2000), a competência prática só é profissional quando usa-se o conhecimento científico para a solução de problemas. Desta forma, a estrutura curricular dos cursos superiores segue a ordem da ciência básica, seguida da ciência aplicada, para chegar ao ensino prático. Nos cursos brasileiros de Psicologia isso não é diferente. Para Carneiro (2006), o que se percebe na estrutura curricular dos cursos de Psicologia é que, embora haja certa diversidade curricular - no que diz respeito aos tipos de disciplinas oferecidas pelas instituições – há um modelo comum de passar o conhecimento de forma informativa e cumulativa através de disciplinas teóricas como forma de preparação para a prática posterior.

Somente após 42 anos da regulamentação da profissão, bem como do estabelecimento do currículo mínimo, viu-se necessária uma reformulação do currículo não só dos cursos de Psicologia, mas dos diversos cursos de formação superior do país. A resolução propõe a substituição de disciplinas e conteúdos programáticos do currículo mínimo por diretrizes curriculares baseadas em competências e habilidades profissionais. “A legislação que instituiu o currículo mínimo para os cursos de Psicologia havia cumprido seu importante papel histórico, mas precisava ser substituída face aos substanciais desenvolvimentos científicos e profissionais, acumulados ao longo das quase quatro décadas de sua vigência” (MEC, 2001, pp.1). A Resolução nº 08 do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior de 07 de maio de 2004, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, enfatizando uma formação profissional de qualidade, que possa tornar o graduando apto para exercer a

profissão nas diversas facetas que a Psicologia, buscando sintonia com as políticas públicas e as necessidades sociais. (BRASIL, 2004).

A prática clínica nos cursos de Psicologia é dada em forma de estágio supervisionado e é uma etapa preparatória e obrigatória para a formação do psicólogo clínico, geralmente no último ano da graduação. Segundo o artigo 20 da resolução nº 8 de 2004 do Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2004) que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia:

“Os estágios supervisionados são conjuntos de atividades de formação, programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora, obrigatórios em todos os perfis do curso e procuram assegurar a consolidação e a articulação das competências estabelecidas, podendo estruturar-se em dois níveis – básico e específico: o estágio supervisionado básico incluindo o desenvolvimento de práticas integrativas relacionadas a competências características do núcleo comum e o estágio supervisionado específico incluindo o desenvolvimento de práticas integrativas relacionadas a competências características de cada perfil” (Brasil, 2004, p.9).

A resolução ainda complementa:

“O projeto de curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruentes com as competências que o curso visa a desenvolver e a demandas de atendimento psicológico da comunidade na qual está inserido, articulando-se com outros serviços existentes, internos e externos à instituição, favorecendo o desenvolvimento de uma visão integrada e

multiprofissional do atendimento prestado à comunidade.” (Brasil, 2004, p.9).

Para Oliveira-Monteiro e Nunes (2008), os estágios supervisionados representam para os estudantes a chance de se inserir e experimentar novos ambientes e estados de identidade - momentos de articulação e integração teórico-prática, experiência indispensável para o desenvolvimento e a consolidação de diversas competências esperadas de um formando em Psicologia.

Segundo Freitas (2008), a supervisão tem sido um recurso de suma importância para o processo de aprendizagem do aluno. Como explica Paiva (2009), “o estágio supervisionado em Psicologia é um componente fundamental do curso de graduação. É o veículo primário através do qual se desenvolvem as competências necessárias para a formação profissional de psicólogo.”

Na supervisão, os processos de ensino-aprendizagem têm diferentes especificidades e diferentes relações entre os membros do estágio. No caso da supervisão de Psicologia Clínica, essas relações acontecem entre os supervisores, estudantes, diferentes níveis institucionais e a clientela atendida. Os supervisores apresentam diferentes abordagens teórico-metodológicas, os alunos acabam passando por processos de seleção, seja para escolher ou para serem escolhidos pelas abordagens teóricas, lidam com possíveis problemas de estrutura e funcionamento de cursos de Psicologia e de clínicas-escola de Psicologia e, por fim, precisam interagir com a clientela através de encaminhamentos, demandas, expectativas e necessidades diversificadas (Oliveira-Monteiro & Nunes, 2008).

Os professores do corpo docente dos cursos de Psicologia trabalham também como supervisores do estágio e é imprescindível que haja integração entre teoria e prática nessa atividade. Bitondi (2007) argumenta que as funções dos supervisores no estágio são diversificadas e muitas vezes, complexas: visam o desenvolvimento de atitudes clínicas em

alunos iniciantes numa tarefa que envolve fatores teóricos, técnicos e pessoais. A autora sugere que a supervisão possua quatro principais objetivos: 1) fortalecer os conhecimentos teóricos do aluno; 2) ensinar uma conduta ética; 3) garantir a capacitação para atendimento clínico; e 4) garantir que o cliente tenha um atendimento adequado. A supervisão da prática clínica, desta forma, se mostra muito importante para os futuros psicólogos “justamente devido a sua importância na formação destes profissionais como clínicos aptos a exercerem sua profissão e também um dever ético, visto que deve-se garantir que o atendimento seja efetivo.” (Bitondi, 2007, p. 207.)

Segundo O’Donovan, Halford e Walters (2011) a prática supervisionada da Psicologia clínica é consensualmente vista por órgãos de credenciamento em outros países, aqueles que proporcionam a formação em Psicologia Clínica, e estagiários, como central para a formação efetiva em Psicologia Clínica. “Apesar das divergências nos sistemas de psicoterapia, e seus objetivos e práticas de formação variados, a supervisão continua a ser a um componente considerado essencial para todos.” (Lambert & Ogles, 2004, p. 421). Dado esse consenso, O’Donovan, Halford e Walters (2011) destacam que existem poucas pesquisas sobre o quanto a supervisão atende seu objetivo final de garantir que os supervisionandos são clinicamente competentes e que os clientes sejam beneficiados pelos serviços profissionais dos estagiários.

Ao mesmo tempo, no que diz respeito à prática clínica supervisionada como sendo crucial para uma formação eficaz, também é amplamente reconhecido que a supervisão é um desafio. Supervisores variam consideravelmente na sua capacidade de fornecer supervisão eficaz (Scott, Ingram, Vitanza, & Smith, 2000), e, em muitos países, muitas sociedades profissionais e órgãos de credenciamento especificam requisitos para que as pessoas sejam credenciadas para oferecer supervisão. Por exemplo, sob as diretrizes nacionais de registro australianas, para se tornar um supervisor credenciado, psicólogos

clínicos devem ter um mínimo de 3 anos de experiência profissional e completar um programa de treinamento que envolve a demonstração de conhecimentos e competências-chave de supervisão. Além disso, os supervisores devem completar formação contínua pelo menos uma vez a cada 5 anos para manter seu credenciamento de supervisor (O'Donovan, Halford & Walters, 2011).

Lipp (1990) já comentava que os professores de Psicologia Clínica deveriam fazer atendimentos clínicos em consultórios particulares, conduta muitas vezes criticada e proibida em algumas instituições que funcionam sob o regime de dedicação exclusiva. Ela argumenta que é quase que inconcebível que um supervisor sem extensa experiência clínica possa levantar hipóteses e contribuir significativamente para o desenvolvimento do conhecimento teórico na área, pois é na fusão do conhecimento teórico com a experiência prática que se tem um profissional totalmente preparado para o ensino da Psicologia Clínica. Infelizmente, essa é a realidade nas universidades (principalmente federais) até hoje, que, por conta do regime de dedicação exclusiva ou até mesmo outros motivos como falta de tempo ou a crença de baixo retorno financeiro, tem professores/supervisores que não têm qualquer intimidade com a prática clínica.

Abdalla, Batista e Batista (2008) salientam a relevância da atuação do professor de ensino superior para a formação de novos profissionais, já que é em função dessa atuação que poderá haver a facilitação ou não da aprendizagem do aluno. Isso demanda um esforço de conhecimento, de pesquisa e de avaliação. Alguns professores podem demonstrar uma fragilidade na capacidade de atuar como professor e/ou supervisor, e isso contribui para dificuldades encontradas durante a inserção na prática.

Para Paiva (2009), não basta ao supervisor uma graduação em Psicologia, possuir um bom currículo e ter bons conhecimentos teóricos para dominar essa prática profissional nos estágios. Para a autora, “o supervisor deve ter uma visão do todo institucional, sem

perder de vista as características próprias de sua formação profissional, a dinâmica de funcionamento do estágio, a abrangência e os limites de sua atuação.” (Paiva, 2009, p. 122). Um profissional despreparado corre o risco de improvisar ou repassar experiências frustradas que teve como aluno. A autora ainda argumenta que a formação sistemática para se tornar supervisor tem sido largamente negligenciada e que uma formação específica garantiria que se adotasse modelos adequados e únicos para cada estagiário, tratando-os de forma heterogênea, revertendo a intenção de imitar, atribuída comumente aos supervisionados.

A postura docente frente aos alunos da área de Psicologia Clínica pode também gerar dificuldades no ensino. Alguns professores/supervisores podem demonstrar uma incompreensão em relação ao objetivo do estágio clínico. Ao invés de formar psicólogos clínicos, tentam formar psicanalistas, psicodramatistas, behavioristas, existenciaisistas, entre outras abordagens terapêuticas (Abdalla, Batista & Batista, 2008).

Segundo Saraiva (2007), o serviço de Psicologia ou clínica-escola tem ocupado lugar fundamental na montagem dos cursos de formação, ao longo dos anos de existência da Psicologia no país. Ele deve possuir funções de pesquisa, formação de psicólogos e atendimento à comunidade, sendo que o atendimento ao cliente e a formação do aluno devem ser indissociáveis. Neste sentido, as clínicas-escola carregam a dupla função de atender às necessidades da prática e treinamento do aluno, ainda em contexto acadêmico, sob orientação – supervisão – e o atendimento psicológico à população (Terzis & Carvalho, 1988; Ferreira, 1998; Günter et al., 2000; Peres, Santos & Coelho, 2003).

Para vários autores (Yehia, 1996; Macedo, 1994; Ancona-Lopez, 1983) esse duplo objetivo, normalmente, não é satisfeito de maneira equitativa; com frequência, o ensino e a formação profissional são as prioridades estabelecidas. Campos (1989) afirma que o estágio supervisionado na clínica-escola tem como objetivo fornecer experiência e

oportunidade de avaliar o que foi transferido da teoria para a prática e verificar o nível de competência adquirido pelo aluno. Contudo, tem sido constatado que o estágio, da forma como é realizado, mostra-se ineficiente no atendimento aos usuários desse tipo de serviço (Ancona-Lopez, 1983; Carvalho & Terzis, 1989; Silveiras, 1994; Yehia, 1996). Desta forma, problemas em relação à técnica, teorias, de identidade profissional e campo de competência do psicólogo clínico dos estagiários refletem-se na atuação junto à clientela das clínicas-escola de Psicologia, tornando questionáveis não só os resultados do atendimento fornecido, como também o tipo de formação que estes alunos receberam (Prebianchy & Cury, 2005).

Segundo Romaro e Capitão (2003), práticas de disciplina, estágios supervisionados, os interesses e necessidades da população e a necessidade de disponibilizar e estruturar dados que possam ser utilizados para pesquisas, coexistem e precisam ser atendidos no espaço dos serviços de Psicologia aplicada. Estas três vertentes – ensino, pesquisa e extensão - não são de fácil articulação numa proposta única de trabalho, muito embora façam parte de um só projeto que, de uma forma mais ampla, podemos dizer tratar-se do projeto de "universidade" - espaço no qual se pretende produzir, transmitir e aplicar conhecimentos (Perfeito & Melo, 2004).

Existem ainda outras questões no que diz respeito aos estágios supervisionados nos serviços de Psicologia. Abdalla, Batista e Batista (2008) colocam como questão a ser pensada a carga horária reduzida nas atividades práticas de estágio, limitando o tempo de prática com o paciente, não permitindo que o aluno compreenda, desenvolva e aprenda o papel do psicólogo clínico no atendimento terapêutico. Essa redução de carga horária dos atendimentos práticos pode acontecer em algumas instituições em decorrência de limitação do espaço físico, como poucas salas ou infra-estrutura inadequada para a terapia.

Para Zabala (2002), a forma como se apresentam e são organizados os conteúdos é o que mais influencia o processo de aprendizagem dos alunos. Muitas vezes existe pouca articulação entre teoria e prática em alguns cursos, o que contribui para que os alunos se sintam menos seguros e preparados para sua inserção na prática. Como já foi dito no início desse tópico, essa pouca articulação pode ocorrer devido ao enfoque tradicional da estrutura curricular dos cursos de ensino superior, de inserir primeiro a teoria (que muitas vezes é dada nos períodos iniciais do curso) e depois a prática, fazendo com que esse adiamento da prática dificulte a possibilidade de construir um saber engendrado com a experiência e assim compreender o desenvolvimento do processo clínico (Abdalla, Batista & Batista, 2008; Carneiro, 2006). Outro ponto discutido no trabalho de Abdalla, Batista e Batista (2008) é a estruturação da proposta curricular que possibilita o atendimento em somente uma linha teórica, o que impede que os alunos vivenciem diferentes modalidades do exercício da prática clínica, podendo prejudicar sua escolha profissional no futuro.

O perfil do aluno aparece também como uma das dificuldades para o ensino de Psicologia Clínica na graduação. Segundo Abdalla e colaboradores (2008), as escolas tem um papel importante procurando conhecer as expectativas, concepções e representações sobre o curso e a prática profissional futura que o aluno tem antes mesmo do vestibular. Na Psicologia, essa imaturidade e as expectativas dos alunos podem gerar representações sobre a profissão construídas a partir do senso comum nas relações sociais que estabeleceram até a sua entrada na graduação. Entende-se que essa representação é geralmente elaborada a partir de estereótipos relacionados ao modelo médico aplicado à Psicologia (Abdalla, 1999). Ainda de acordo com a autora, os professores, e, por extensão, as universidades, devem questionar esses estereótipos para que os alunos possam (re) elaborar suas representações sobre o modelo do profissional de Psicologia e possam, na (re) construção dessa representação, “tomar consciência “da importância da Psicologia na

sociedade em que vivemos, da função social do psicólogo nesta sociedade e da pluralidade de opções de atuação desse profissional” (Abdalla, 1999, p. 114).

Visando comparar como se dá a formação em Psicologia Clínica em outros países com a realidade brasileira, foi feito um breve levantamento de como esse processo é feito, que requisitos são exigidos e que tipo de formação é dada aos estudantes e profissionais que pretendem trabalhar com essa área de atuação.

Na Grã-Bretanha a formação profissional como psicólogo clínico é conseguida através de uma combinação de atividades acadêmicas, clínicas e de pesquisa. O treinamento é feito como forma de pós-graduação, geralmente de tempo integral, ocorre ao longo de 3 anos e a conclusão bem sucedida culmina com a atribuição de um doutorado em Psicologia Clínica (Nel, Pezzolesi & Stott, 2012). Embora haja algumas variações entre os diferentes programas de treinamento, a aquisição de competências acadêmicas, clínicas e de pesquisa normalmente ocorre através do ensino na universidade, o trabalho clínico supervisionado no Serviço de Saúde Nacional (National Health Service, NHS), e a conclusão de um projeto de pesquisa aplicada. Além do ensino formal (por exemplo, palestras didáticas), o estudo acadêmico também pode envolver a aprendizagem experiencial (por exemplo, dramatizações e workshops interativos), aprendizagem baseada em problemas, discussões em pequenos grupos, redações, e auto-estudo.

Segundo Nel, Pezzolesi e Stott (2012), em termos de formação clínica, todos os formandos geralmente ganham experiência trabalhando de forma supervisionada com adultos, crianças, pessoas idosas, pessoas com dificuldades de aprendizagem e um grupo. Na maioria dos programas, os estagiários também são obrigados a realizar e escrever projetos de pesquisa aplicada, geralmente um projeto de pequena escala (por exemplo, uma auditoria relacionada aos serviços) e um projeto maior (na forma de uma tese de doutorado). Embora os procedimentos de avaliação possam variar um pouco de programa

para programa, que normalmente incluem uma combinação de trabalho de curso acadêmico, exames oral e escrito, avaliações da performance clínica, relatos de casos, e uma defesa de tese. Uma vez qualificados, os psicólogos clínicos são requisitados para registrar-se como praticantes com o Conselho de Profissões da Saúde (Health Professions Council) e também são elegíveis para o status profissional no BPS.

Nel, Pezzolesi & Stott (2012) comentam ainda que, ao longo dos anos, a Sociedade Britânica de Psicologia (British Psychological Society, BPS) tem desempenhado um papel significativo e importante no desenvolvimento e na manutenção adequada de padrões para programas de formação de Psicologia Clínica. Todos os programas de treinamento têm de ser credenciados pelo BPS antes que eles possam começar a operar e, uma vez estabelecidos, estão sujeitos a visitas adicionais de credenciamento para garantir que as normas de formação permaneçam em conformidade com os requisitos da BPS.

Na Austrália, o registro de psicólogo exige a conclusão de uma pós-graduação credenciada em Psicologia Clínica, que deve incluir uma quantidade mínima específica de supervisão da prática clínica, 1 ano para o profissional doutorando e 2 anos em tempo integral para mestrados. Não só é obrigatória a supervisão na formação de psicólogos clínicos, mas também é cada vez mais visto como um processo importante para o desenvolvimento e a manutenção dos padrões da prática profissional para psicólogos qualificados (O'Donovan, Halford & Walters, 2011).

Nos Estados Unidos, segundo Craighead e Craighead (2006), a formação em Psicologia Clínica requer um doutorado na área além de um licenciamento. Alguns requisitos específicos variam de acordo com a jurisdição de cada estado, entretanto, estes competem a todos: 1) conclusão de um ano/tempo integral ou dois anos/meio período de estágio supervisionado clínico totalizando entre 1750 a 2000 horas de prática; e 2) passar

no exame nacional e estadual de licenciamento, o Exame para a Prática Profissional da Psicologia (*Examination for Professional Practice of Psychology* - EPPP).

No que diz respeito ao tipo de formação dada aos formandos em Psicologia Clínica, os americanos Snyder e Elliot (2005) afirmam que deve ser pautada no modelo de matriz que opera nos níveis individual, interpessoal, institucional e social-comunitários de análises. Roberts (2005) acrescenta que a Psicologia Clínica americana atual procura estar integrada ao desenvolvimento e promoção da saúde, estando sempre ao lado da política e das preocupações com a saúde pública.

Nota-se que nesses países citados (Grã-Bretanha, Austrália e Estados Unidos), a pós-graduação *stricto sensu* tem sido requisito para a formação adequada de psicólogos clínicos além de longos períodos de práticas supervisionadas. A situação brasileira é bem diferente, uma vez que a formação em Psicologia Clínica é feita durante a própria graduação de Psicologia, e o único requisito para a atuação do recém-formado é o seu registro no Conselho de Psicologia da sua região (CRP), que, por sua vez, não exige nenhum tipo de qualificação ou faz nenhum tipo de processo de seleção. Os recém-formados por vezes sentem-se despreparados e procuram cursos de pós-graduação, sendo da área clínica as pós-graduações *lato sensu* e *stricto sensu* (apenas mestrado) mais procuradas pelos recém-formados em Psicologia (Yamamoto, Souza & Zanelli, 2010).

CAPÍTULO IV

AUTOEFICÁCIA ACADÊMICA E EMPATIA

1. AUTOEFICÁCIA ACADÊMICA

Não só para entender o conceito de autoeficácia acadêmica, mas também para contextualizá-lo com o tema do presente estudo, faz-se necessário discorrer um pouco sobre a origem desse constructo. Em 1977, em meio aos seus estudos sobre a Teoria da Aprendizagem Social, Bandura percebeu que faltava um conceito em sua teoria e publicou *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Nesse trabalho, Bandura pregava que os indivíduos têm percepções pessoais sobre si mesmos, as quais se tornam instrumentais para alcançar objetivos e para que exerçam controle sobre o ambiente a sua volta. Em 1986, com a publicação de *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, como o próprio título sugere, Bandura começou a desenvolver uma nova teoria, mudando o rótulo da teoria da aprendizagem social para teoria social cognitiva (Pajares & Olaz, 2008).

Nessa teoria, os indivíduos não são seres movidos por forças ambientais ou por impulsos internos, mas sim agentes que podem fazer coisas acontecerem através de seus comportamentos e se envolvem de forma proativa no seu próprio desenvolvimento. A teoria social de Bandura propõe a interação entre influências pessoais, comportamentais e ambientais, opondo-se claramente às teorias que enfatizavam somente um desses aspectos, separadamente.

Com o desenvolvimento de sua teoria, o constructo fundamental de Bandura - que deu início a nova forma de pensar o funcionamento humano - é a autoeficácia. De forma

geral, as crenças de autoeficácia são “percepções que os indivíduos têm sobre suas próprias capacidades” (Pajares & Olaz, 2008, p. 101). São, portanto, essas crenças que podem proporcionar motivação e perseverança para que as pessoas possam alcançar os resultados desejados provenientes de suas ações.

Os indivíduos que acreditam serem incapazes de realizar algumas ações tendem a evitá-las e só enfrentam aquelas que se julgam capazes de lidar. Quanto mais forte a crença de autoeficácia, maior o esforço e a persistência, enquanto que o contrário revela um indivíduo receoso, que tende a focar-se mais em si mesmo e nas preocupações sobre o fracasso da tarefa do que nela mesma (Bandura, 1977).

A autoeficácia é entendida como um constructo cognitivo que é concebida através da interação de três aspectos: pessoais, comportamentais e pessoais (Polydoro & Guerreiro-Casanova, 2010). Assim, a autoeficácia é formada a partir das seguintes fontes: experiência de domínio, experiência vicária, persuasões sociais e estados somáticos e emocionais. A experiência de domínio refere-se à interpretação do resultado da experiência anterior do indivíduo. Assim, os resultados interpretados pelo sujeito como bem-sucedidos aumentam a autoeficácia, ao passo que aqueles interpretados como fracassos a reduzem. Entretanto, não é através apenas da própria experiência que o sujeito irá basear suas crenças de autoeficácia. A experiência vicária, ou seja, observação da experiência vivida por outras pessoas também será fonte de informação e de elaboração de crenças. A experiência vicária não é tão forte quanto a de domínio, mas quando as pessoas não têm certeza de suas capacidades ou quando têm pouca experiência anterior, acabam sendo mais sensíveis a ela. As crenças de autoeficácia também sofrem influência das persuasões sociais, ou seja, dos julgamentos verbais que outras pessoas possam fazer em relação às capacidades de um sujeito. E, por fim, estados somáticos e emocionais como ansiedade e

estresse podem também interferir na autoeficácia, confundindo o sujeito em relação à sua capacidade de concluir com sucesso alguma tarefa específica (Pajares & Olaz, 2008).

Desde o desenvolvimento do constructo autoeficácia por Bandura (1977), estudos sobre esse tema vêm crescendo, vista a amplitude de comportamentos que esse conceito pode influenciar. De acordo com Santos (2003), o conceito de autoeficácia destacou-se na pesquisa em educação, principalmente nos estudos sobre a motivação acadêmica, as metodologias usadas pelos professores, o desempenho acadêmico, a realização dos estudantes e o futuro profissional dos mesmos.

Diversos trabalhos vêm sendo publicados abordando a autoeficácia acadêmica de estudantes (Silva, 2004; Pina Neves & Faria, 2007; Bardagi & Boff, 2010; Martinelli & Sassi, 2010; Polydoro & Guerreiro-Casanova, 2010; Fernandes, 2011). Segundo Pina Neves e Faria (2007) a autoeficácia acadêmica pode ser definida como “conjunto de crenças e de expectativas acerca das capacidades pessoais para realizar atividades e tarefas, para concretizar objetivos e para alcançar resultados no domínio particular da realização escolar”. (p. 53). As crenças de autoeficácia acadêmica influenciam as escolhas dos estudantes como atividades, metas e quantidade de esforço e persistência a serem despendidos frente às adversidades (Martinelli & Sassi, 2010). A autoeficácia pode servir como preditora do desempenho acadêmico bem como pode ser influenciada por ele, à medida que, ter bons resultados acaba por aumentar a autoeficácia acadêmica, enquanto que ter resultados ruins diminui a autoeficácia. Segundo Martinelli e Sassi (2010), essa influência acaba ocorrendo de forma direta mas também através de outros processos como motivação, autorregulação e autopercepção, nas expectativas de resultados e nas escolhas e interesses.

A autoeficácia acadêmica também acaba por intensificar as características as quais os indivíduos acreditam ser melhores e a diminuir o esforço naquelas atividades em que os

sujeitos pensam que irão fracassar. Na escola, por exemplo, alunos que se acham melhores em matérias de cálculo acreditam que irão se sair bem nessas disciplinas, motivando-se sempre a estudar e a obter o sucesso esperado. Já aqueles que acreditam se sair mal acabam não tendo expectativas de obter sucesso ou reconhecimento. Portanto, pode-se notar que as crenças de baixa autoeficácia acadêmica acabam diminuindo a motivação e o esforço do aluno, prejudicando sua performance e mantendo esse ciclo (Bandura, 1989).

Multon, Brown e Lent (1991), ao estudarem a relação das crenças de autoeficácia e resultados acadêmicos, concluíram que há uma relação positiva e estatisticamente significativa entre as crenças de autoeficácia e desempenho acadêmico e resultados de persistência através de uma ampla variedade de temáticas, projetos experimentais e métodos de avaliação. Bandura (1993) afirma que a eficácia percebida funciona como um fator importante no desenvolvimento acadêmico através das crenças dos estudantes na eficácia de regulação da própria aprendizagem e de lidarem com sucesso em distintas áreas acadêmicas; das crenças dos professores em sua eficácia pessoal para motivarem a promoverem aprendizagens em seus alunos; e o sentido de eficácia coletiva das Universidades de que suas escolas possam alcançar progressos acadêmicos significativos.

A autoeficácia acadêmica também tem se tornado uma variável muito usada em estudos sobre perspectiva profissional de estudantes universitários. Um exemplo disso é que esse constructo foi posteriormente aplicado na Teoria Social Cognitiva da Carreira (TSCC) de Lent, Brown e Hackett (1994), integrando esse conceito aos fenômenos do âmbito vocacional.

Durante a educação superior, os jovens passam por momentos de dúvidas, escolhas e estabelecimento de metas em relação à sua futura profissão. Este é o momento de desenvolvimento das crenças de autoeficácia em relação ao futuro profissional dos universitários (Lent et al., 1994). Segundo Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010), aqueles

que se percebem mais competentes para exercer sua profissão e mais capazes de lidar com os desafios profissionais têm mais chances de se envolver em atividades que possam alavancar sua carreira. Essa percepção de que é capaz motiva o indivíduo a buscar novas possibilidades e a delinear planos e metas. Ainda de acordo com Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010), as crenças de autoeficácia se fazem fundamentais no final da graduação, já que esse é o momento em que a necessidade de novas escolhas e decisões de carreira se impõem para o estudante universitário.

2. EMPATIA E A PRÁTICA CLÍNICA

A palavra empatia é derivada da palavra grega *empathia* que significa “paixão” ou “ser afetado”. Entretanto, a origem de seu significado vem da palavra alemã *Einfühlung*, que referia-se à capacidade de saber o que outra pessoa pensava e de raciocinar da mesma maneira que ela através de um processo de imitação interna, sendo que, assim, indivíduos que possuíssem o mesmo nível intelectual e moral poderiam compreender umas às outras. O primeiro autor a traduzir a palavra alemã *Einfühlung* para *empathy* (empatia) foi Titchener, em 1909 (Falcone et al, 2008; Sampaio, Camino & Roazzi, 2009).

A empatia e os processos que envolvem esse elemento têm sido muito estudados por diversos autores e teóricos das áreas evolutiva, social e da clínica. Entretanto, esses estudos têm trazido uma diversidade de definições do conceito. Segundo Camino, Camino e Leyens (1996), a depender de cada caso particular, os trabalhos sobre essa variável adotam a definição e a orientação teórica que lhe for mais conveniente. Há aqueles que entendem a empatia como constructo cognitivo enquanto outros a vejam como um processo primordialmente afetivo (Hoffman, 1982, 1990). Segundo Falcone e colaboradores (2008) a literatura recente tem considerado a empatia como um constructo multidimensional, considerando seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais.

Para Vyskocilova, Prasko e Slepecky (2011), é importante a distinção entre empatia, simpatia, preocupação empática e compaixão. Em todos estes casos, alterações emocionais são induzidas ao observador, em resposta ao estado emocional percebido ou imaginado de outra pessoa. Entretanto, enquanto a empatia inclui sentimentos que são iguais aos da outra pessoa, a simpatia, a preocupação empática e compaixão não necessariamente envolvem sentimentos compartilháveis. A essencial distinção entre o termo empatia e aqueles como simpatia, preocupação empática e compaixão para os autores citados é que empatia denota que as emoções do observador refletem um

compartilhamento afetivo ("sentir com" a outra pessoa), enquanto compaixão, simpatia, preocupação empática significam que as emoções do observador são inerentes do outro ("sente pela" outra pessoa).

Ainda de acordo com as ideias de Vyskocilova, Prasko e Slepecky (2011), a empatia também é freqüentemente associada com amor e carinho (ou calorosidade). Na terapia, a intervenção calorosa (ou carinhosa) é muitas vezes descrita automaticamente como empática. Embora existam conexões intrínsecas entre calor, amor e empatia, elas não são simples ou diretas. A empatia do terapeuta pode ser experimentada por um cliente como carinhosa, ou mesmo amorosa, mas o carinho ou o amor não geram diretamente empatia ou compreensão empática.

O componente cognitivo da empatia corresponde à capacidade de inferir quais os sentimentos e emoções pelos quais outra pessoa esteja passando (Falcone et al, 2008). Para Decety e Jackson (2004), para que isso aconteça é necessário que exista uma inter-relação entre a autoconsciência e a consciência do outro. Já o componente afetivo caracteriza-se por um interesse em atender às necessidades do próximo, sem necessariamente experimentar os mesmos sentimentos da outra pessoa. Por fim, o componente comportamental indica uma tentativa de legitimar o próprio sentimento de compaixão e simpatia através de estratégias verbais ou não de consolar e confortar a outra pessoa (Falcone et al, 2008).

Para Davis (1993), a empatia nada mais é do que uma reação à observação da experiência que outra pessoa vive. Ela seria composta por quatro dimensões: tomada de perspectiva, consideração empática, angústia pessoal (personal distress) e fantasia (Koller, Camino & Ribeiro, 2001). A tomada de perspectiva consiste em uma tendência ou capacidade do sujeito em adotar a perspectiva ou ponto de vista de outras pessoas; a consideração empática revela uma tendência do sujeito em experimentar sentimentos de

carinho, compaixão e preocupação por aqueles que passem por experiências negativas; angústia pessoal (personal distress) indica que o indivíduo tende a experimentar sentimentos de desconforto e ansiedade ao testemunhar as experiências negativas dos outros; e, por fim, a fantasia denota uma tendência da pessoa em se identificar fortemente com personagens fictícios em livros, filmes ou peças de teatro (Davis, 1993). Baseado nesse conceito de empatia como variável multidimensional, Davis (1993) elaborou a Interpersonal Reactivity Index, composta por quatro subescalas, uma para cada dimensão explicitada acima.

Através da definição de empatia, não é difícil reconhecer sua importância no estabelecimento de relações interpessoais, em especial no contexto clínico na Psicologia. Segundo Pimentel e Coelho Junior (2009), Sandór Ferenczi, psicanalista húngaro, foi o primeiro analista a utilizar a empatia como ferramenta clínica. Em 1928, numa conferência que se chamou “Elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi postula a noção de *tato psicológico*, definido como “a faculdade de ‘sentir com’”, o já citado *Einführung*. Ao usar o tato como guia durante as sessões, Ferenczi introduz a empatia à técnica analítica.

A noção de tato psicológico foi concebida como um instrumento capaz de superar gradualmente os limites impostos pelo método interpretativo. Neste sentido, o tato tem a função de fornecer uma compreensão empática dotada da capacidade de colocar o analista no mesmo diapasão do analisando. Dessa forma, o analista passa a participar da sessão com seus processos psíquicos, tornando-se parte do processo de simbolização com sua presença sensível. Entretanto, durante as duas décadas posteriores, a empatia não se consolidou como ferramenta clínica. Num movimento análogo ao efetuado por Ferenczi em relação à técnica ativa, Heinz Kohut, psicanalista austríaco, no final dos anos cinquenta, concede à empatia um lugar de destaque. Kohut faz da empatia a palavra chave de seu vocabulário, concebendo-a como o instrumento principal da psicanálise. No artigo de

1959, “Introspection, empathy, and psychoanalysis – Na examination of the relationship between mode of observation and theory”, a empatia é conceituada como um método de observação e coleta de dados que delimita o campo psicanalítico (Pimentel & Coelho Junior, 2009).

Para Kohut (1959, citado por Pimentel & Coelho Junior, 2009) para entrar em contato com o conteúdo do analisando é necessário fazer uso da empatia. Diferentemente do que ocorre com o observador de fenômenos físicos, cabe ao psicanalista – observador de fenômenos psíquicos – empatizar com o outro e, a partir daí, coletar dados. Existe aí uma mudança de posição: o observador não mais adota uma postura de distanciamento do fenômeno observado e passa a participar ativamente, tornando-se parte da observação.

Kohut refere-se a Breuer e a Freud como pioneiros no emprego científico da empatia e afirma que a associação livre e a análise das resistências são instrumentos auxiliares, empregados a serviço do método introspectivo e empático. Neste sentido, a empatia é definida como pilar da psicanálise.

Segundo Bohart, Elliott, Greenberg e Watson (2002) ressaltam a importância da empatia para o sucesso terapêutico e relatam que ela se mostra mais forte nas abordagens cognitivo-comportamentais do que em outras vertentes. Norcross (2010) explica que a empatia se mostra fundamental na aliança terapêutica, pois proporciona ao cliente uma experiência plena, sem preocupações com julgamentos, criando e explorando novos significados.

Na abordagem cognitiva-comportamental, de acordo com Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), a empatia refere-se a quão bem o terapeuta pode ir para o mundo do cliente e ver e experimentar a vida do jeito do cliente. O terapeuta irá até certo ponto, experimentará sentimentos do cliente e então poderá entender como o cliente estrutura e

responde a determinados eventos e relações. A empatia terapêutica inclui os componentes cognitivos e emocionais da experiência vivida.

Segundo Batson (2009), em um nível mais fenomenológico, a empatia denota uma resposta afetiva ao que foi percebido, imaginado, ou inferido do estado de sentimento de outro ser. Para De Vignemont e Singer (2006), nós "empatizamos" com os outros quando temos (1) um estado emocional (2) que é igual ao estado emocional de outra pessoa, (3), que foi provocada observando ou imaginando outro estado emocional da pessoa, e (4), quando sabemos que o estado emocional da outra pessoa é a fonte de nosso próprio estado emocional.

Palhoco (2011) argumenta que a empatia no contexto clínico contribui para que o terapeuta possa obter *insights* em relação ao tratamento, adotando a perspectiva do cliente, compreendendo como ele se vê e qual seu contexto de vida. Para Watson e Greenberg (2009), o terapeuta empático ouve o que o cliente diz e apercebe-se também daquilo que não foi dito ou expressado, pois a empatia não deve se resumir apenas à fala e sim à todo processo exploratório do cliente pelo terapeuta. O oposto também é válido, já que o terapeuta deve demonstrar-se empático também em suas expressões e gestos, não só em verbalizações (Palhoco, 2011).

Para Vyskocilova, Prasko e Slepecky (2011), o terapeuta ouve as palavras, observa o comportamento, se engaja e percebe a interação contínua, permite que ele mesmo experiencie sua própria reação interna ao processo. A arte é ouvir a experiência interna do cliente e, em seguida, abordá-lo com empatia; permitindo que o cliente se sinta ouvido e afirmado. Conhecer a si mesmo é estar ciente de que existem certos sentimentos, medos, necessidades, desejos e reações comuns a todos.

Todo ser humano deve lidar de alguma forma com autoridade, intimidade, egoísmo, dependência, valores, amor, ódio, trabalho, inveja e perda. Para Tambara e Freire (1999), o

desenvolvimento profissional de um terapeuta é dependente de seu desenvolvimento pessoal, onde é preciso ampliar a consciência de seus processos internos e aprimorar sua sensibilidade na relação com o outro. É pouco provável que o terapeuta possa entender o cliente sem o seu próprio auto-conhecimento (Mohl, 2008).

A empatia, então, coloca-se como elemento de suma importância no contexto clínico. Logo, cabe-nos indagar se um elevado grau de empatia em estudantes graduandos em Psicologia pode ser preditor da perspectiva profissional na área da Psicologia Clínica por sua grande relação com essa prática, já que estes alunos estão realizando o estágio clínico nesse período.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre as variáveis autoeficácia, empatia e qualidade da formação em Psicologia Clínica para a perspectiva de futuro profissional de estudantes de Psicologia.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os níveis de autoeficácia acadêmica e de empatia entre estudantes concludentes do curso de Psicologia;
- Mensurar como os alunos de Psicologia avaliam a qualidade da formação em Psicologia Clínica na graduação;
- Identificar os níveis de perspectiva profissional e de perspectiva profissional em Psicologia Clínica.
- Investigar a relação entre a autoeficácia acadêmica e a avaliação da formação em Psicologia Clínica;
- Analisar a relação entre empatia e a avaliação da formação em Psicologia Clínica;
- Analisar a relação entre autoeficácia acadêmica e a perspectiva de futuro profissional na Psicologia Clínica de estudantes de Psicologia;
- Analisar a relação entre empatia e a perspectiva de futuro profissional na Psicologia Clínica de estudantes de Psicologia;
- Examinar a relação entre a avaliação da formação em Psicologia Clínica e a perspectiva de futuro profissional nessa área de atuação de estudantes de Psicologia.

MÉTODO

1. DESENHO

Este trabalho trata-se de um estudo correlacional descritivo-analítico de caráter quantitativo. Utilizou-se a técnica de pesquisa em formato *survey* com delineamento amostral aleatório por conveniência. Foi realizado a partir de estudo *online* para respostas dos participantes.

2. PARTICIPANTES

O estudo foi feito com amostra aleatória por conveniência de 199 estudantes de Psicologia de instituições públicas e privadas que estavam cursando o último ano da graduação, ou seja, o 9º ou 10º período. Foi utilizado o critério item/sujeito para determinação do número mínimo de participantes. Segundo este critério, o número mínimo de sujeitos é o produto do número de itens da maior escala do instrumentos pelo número 5. Neste caso, a Escala de Auto-eficácia da Formação Superior de Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010) possui 34 itens, totalizando assim, 170 participantes.

Através do *site* do Ministério da Educação (MEC) foram listados todos os cursos de Psicologia do Brasil. A partir dessa lista, foram coletados os *e-mails* de todos os coordenadores dos cursos e enviado por *e-mail* o *link* do questionário *online* junto com uma apresentação do estudo contendo explicações sobre a natureza, riscos e benefícios da pesquisa. Foi pedido para os coordenadores que repassassem esse *e-mail* para os alunos do último ano da graduação dos cursos de Psicologia. Em alguns casos, como em uma

instituição do Estado de Sergipe, se teve acesso à própria lista de *e-mails* dos alunos, e pedido para que eles, além de responderem ao questionário, encaminhassem o questionário *online* aos colegas que preencham o critério de inclusão desta pesquisa, ou seja, estudantes de Psicologia do último ano da graduação.

3. INSTRUMENTO

Foram utilizados dois questionários adaptados e três escalas padronizadas. A primeira escala é a Escala de Auto-eficácia da Formação Superior de Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010). Essa escala, de 34 itens em formato Likert [de 1 (pouco capaz) a 10 (muito capaz)], avalia as crenças de estudantes em relação a sua capacidade de enfrentar as tarefas típicas do ambiente acadêmico na formação superior. A escala original apresentou cinco fatores: autoeficácia acadêmica, composta por 9 itens e índice de consistência interna (α de Cronbach=0,88); auto-eficácia na regulação da formação, constituída por 7 itens e $\alpha=0,87$; autoeficácia em ações pró-ativas, formada por 7 itens e $\alpha=0,85$; autoeficácia na interação social, também com 7 itens e $\alpha=0,80$; e autoeficácia da gestão acadêmica, com 4 itens e $\alpha=0,80$. A segunda e a terceira escalas utilizadas fazem parte do instrumento *Interpersonal Reactivity Index* de Davis (1980). São, portanto, subescalas que foram utilizadas juntas. São elas a Escala de Consideração Empática (CE) e a Escala de *Personal Distress*, ambas adaptadas e validadas para o uso no Brasil por Koller, Camino e Ribeiro (2001). A Escala de Consideração Empática é constituída por 7 itens e possui $\alpha=0,67$ enquanto a Escala de *Personal Distress* possui 6 itens e $\alpha=0,54$. A terceira parte do instrumento funcionou como indicador e contém itens elaborados para este estudo ou adaptados da literatura que abordam a formação em Psicologia Clínica na graduação. Na quarta parte, o instrumento criado por Teixeira (2002)

em sua tese de doutorado foi adaptado para esta pesquisa, funcionando como indicador e questões específicas à Psicologia Clínica foram inseridas. Por fim, perguntas referentes ao sexo, idade, tipo de instituição, abordagem teórica do estágio clínico, quantidade de disciplinas sobre Psicologia Clínica cursadas na graduação, área de atuação da Psicologia que mais interessava o aluno no início do curso e agora, no fim do curso, foram feitas na parte final do estudo.

4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os estudantes foram contactados via *e-mail* para que acessem o *link* com o questionário *online*. Foi informado aos participantes do que trata a pesquisa, que não seria necessário identificar-se e que suas respostas eram confidenciais. Também foi informado que não haveria riscos ou benefícios diretos aos sujeitos e que sua participação poderia ser interrompida caso o participante se sentisse incomodado com alguma questão. Esse estudo, por sua natureza *online* dispensa o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entendendo-se que a participação voluntária, clicando-se no *link* e respondendo ao questionário significa a vontade de responder e que tanto a confidencialidade dos dados respondidos quanto o anonimato dos participantes serão garantidos também por ser um questionário *online*. O estudo segue todos os preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos conforme a nova Resolução 466/12 (2012). No entanto, tal resolução é omissa em relação aos estudos *online*.

5. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos nos questionários foram submetidos a tratamento quantitativo. Para a realização das análises, foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, versão 17.0).

Foram realizadas análises estatísticas descritivas demográficas (levantamento de frequências, médias e desvios-padrão) de todos os itens do instrumento bem como para observação do comportamento de cada uma das escalas.

Em seguida, foram feitas análises bivariadas com teste t, anova e correlação de *pearson* para observar as seguintes relações:

- autoeficácia acadêmica e a avaliação da formação em Psicologia Clínica;
- empatia e a avaliação da formação;
- autoeficácia acadêmica e a perspectiva de futuro profissional na Psicologia Clínica;
- empatia e a perspectiva de futuro profissional;
- formação em Psicologia Clínica e a perspectiva de futuro profissional nessa área de atuação;

Por fim, foi feita uma análise multivariada através de uma regressão para analisar a relação entre autoeficácia, empatia, a avaliação da formação em Psicologia Clínica e a perspectiva de futuro profissional nessa área dos estudantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises para este estudo se referem a dados de 199 participantes de 15 Estados brasileiros e com idades entre 19 e 56 anos. A idade média para a amostra total foi de 25,5 anos ($DP=5,73$). Não houve diferença significativa ($t=0,029$; $p=0,97$) entre as médias de idades para homens (25,5; $DP=6,04$) e para mulheres (25,4; $DP=5,6$). Dessa forma, 23,5% ($n=46$) dos participantes eram do sexo masculino e 76,5% ($n=150$) do sexo feminino o que dá uma proporção dentro do esperado para os cursos de graduação em Psicologia no Brasil, com uma forte tendência à feminilização do corpo discente e da profissão.

A média da idade dos participantes se encontrou dentro do esperado para participantes universitários, visto que a idade mínima média para o ingresso no ensino superior é 18 anos e o curso de Psicologia tem duração de 5 anos. Da mesma forma, a proporção maior de participantes mulheres no estudo também já era esperada. Segundo Bastos, Gondim e Rodrigues (2010), “o reconhecimento da Psicologia como uma profissão feminina é algo que aparece desde os primeiros estudo sobre a profissão” (pág.39). A pesquisa mais relevante e mais abrangente em relação aos psicólogos brasileiros, a de Bastos, Gondim e colaboradores (2010), que contou com a participação de 236.100 psicólogos cadastrados nos Conselho Federal de Psicologia, obteve uma proporção do gênero feminino de 86,6%.

Quanto ao local onde estudavam, 19% ($n=37$) eram da região sul do país, 29,7% ($n=58$) da região sudeste, 42,6% ($n=83$) do nordeste e 8,7% ($n=17$) da região centro-oeste do Brasil (Figura 2). Esta distribuição regional foi aleatória, uma vez que, como explicado no método, foram listados todos os cursos de Psicologia do Brasil através do *site* do MEC e, a partir dessa lista, após coletados os e-mails de todos os coordenadores dos cursos e foi pedido para os coordenadores que repassem o *link* do questionário *online* para os alunos do último ano da graduação dos cursos de Psicologia. Vale frisar também que a alta

participação dos alunos do Estado de Sergipe se deu pela maior facilidade da pesquisadora entrar em contato com os coordenadores e alunos dos cursos desse Estado, pois esta reside em Sergipe.

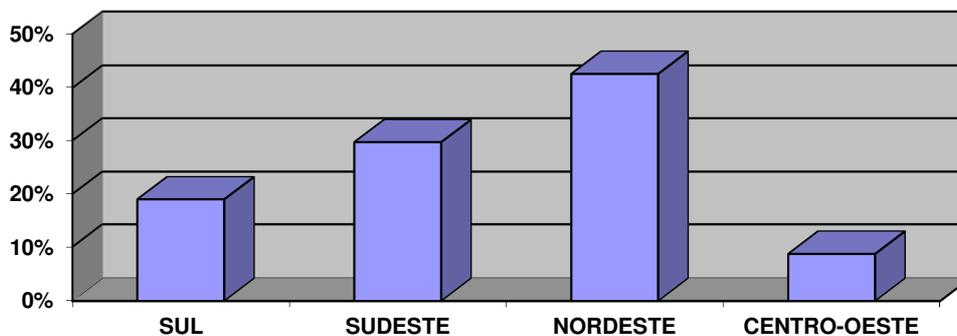


Figura 1 - Distribuição regional

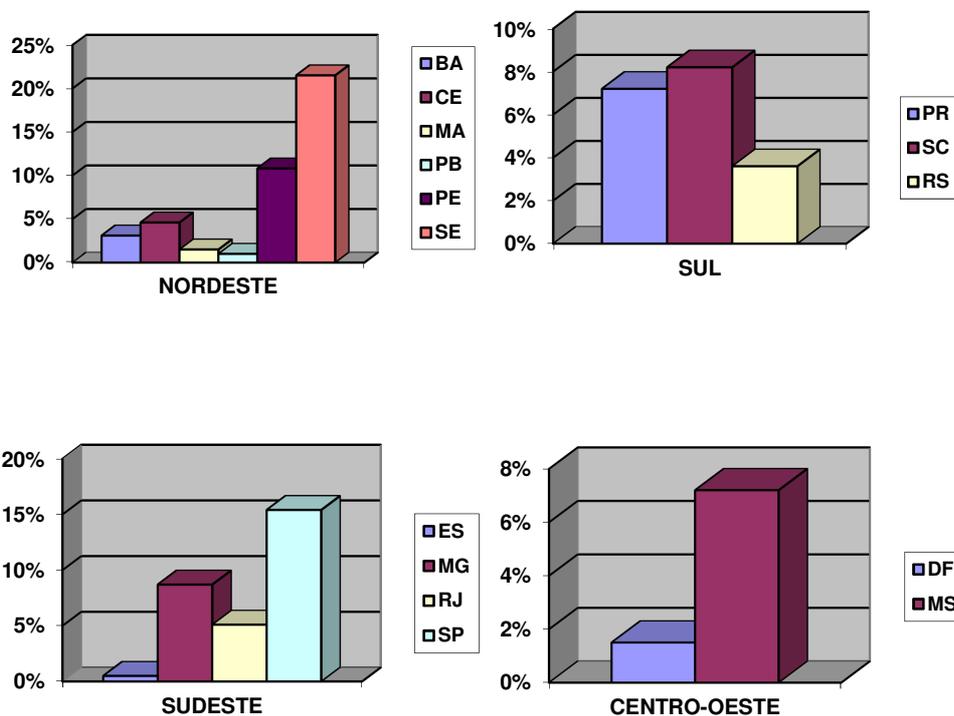


Figura 2 - Distribuição regiões nordeste (n=83), sul (n=37), sudeste (n=58) e centro-oeste (n=17).

Dos estudantes que participaram desta pesquisa, 51% ($n=100$) declararam estudar em instituição pública e todos eles cursavam o último ano do curso de Psicologia. Da mesma forma, a distribuição por tipo de instituição (públicas ou privadas) se deu também de forma aleatória, já que todas as instituições foram contactadas, independente do tipo de vínculo da instituição. Foi interessante para a pesquisa que a proporção de instituições públicas e privadas tenha sido equivalente, fazendo com que as comparações entre elas fossem mais fidedignas.

Com o objetivo posterior de investigar a perspectiva profissional para a Psicologia Clínica, foi questionado o número de matérias que abordaram a Psicologia Clínica durante toda a graduação. A média do número de disciplinas que abordavam a Psicologia Clínica foi de 6,9 disciplinas ($DP=2,76$) e a abordagem trabalhada no estágio clínico mais citada foi a psicanálise (33%), seguida da humanista (15,4%) e da comportamental (14,4%), como mostra a Figura 3. A escolha da abordagem para ser trabalhada no estágio também foi bastante equivalente à pesquisa de Bastos, Gondim e colaboradores (2010), que revelou que a abordagem psicanalítica de destaca como a mais utilizada pelos psicólogos (20,2%), seguida da humanista (14,9%) e da comportamental (13,6%). No entanto, se sabe que no estágio de graduação, a escolha de abordagem pode estar sendo influenciada pela oferta de professores em cada área, muitas vezes não refletindo o desejo dos estudantes, mas sim a continuação de uma tradição de cada curso.

Em relação às áreas de interesse no início e no final do curso de Psicologia, a figura 7 mostra que a Clínica mantém-se como preferida nos dois tempos, entretanto teve um percentual menor ao final do curso do que no início. No início do curso, a área preferida relatada pelos participantes foi a Clínica com 45% ($n=86$), seguida das áreas da saúde (20,5%; $n=39$), organizacional com (14,7%; $n=28$), docência/pesquisa (8,4%; $n=16$), educacional (5,8%; $n=11$) e jurídica (5,3%; $n=10$). Já no final do curso, a área preferida

continuou sendo a Clínica, porém, com um percentual menor que no início (34%; n=63). Em seguida vem a área da saúde (22,3%; n=41), organizacional e docência/pesquisa empatadas (14,1%; n=26 cada), jurídica (8,7%; n=16) e educacional (6,5%; n=12).

Diversos estudos tem mostrado a preferência pela Psicologia Clínica entre os psicólogos formados ou recém-graduados (Mello, 1970; Yamamoto, Siqueira & Oliveira, 1997; Sanches, 1999; Magalhães, Stralio, Keller & Gomes, 2001; Santos, 2004). E neste estudo não foi diferente. No que diz respeito à área de interesse no início e no final do curso, observou-se a predominância da área clínica em relação às outras áreas de atuação ainda hoje, porém com uma diminuição desse interesse no final do curso e um aumento de todas as demais áreas. Isso mostra que a maioria dos alunos entra na faculdade com a intenção de atuar nessa área, mas uma parte deles passa a se interessar mais por outras áreas ao longo do curso.

Como já foi citado neste trabalho, a pesquisa de Bastos, Gondim e colaboradores (2010) mostrou que entre os psicólogos que trabalhavam em apenas uma área de atuação, a Clínica fica atrás apenas da área organizacional. Em contrapartida, revelou que ao se conciliar duas áreas de atuação concomitante, a Clínica é a mais freqüente, pois vem associada à área da saúde, à docência, à organizacional e do trabalho e à área escolar e educacional, deixando evidente a sua importância como área central de atuação de psicólogos até os dias atuais. Entretanto, esse crescimento do interesse dos estudantes por outras áreas como visto nos resultados desse estudo pode estar ligado às novas demandas sociais e a conquista de novos espaços pela Psicologia. Além disso, o crescimento da categoria, bem como o grande número de estudantes (por conta do aumento dos cursos de graduação) também pode estar levando à diversificação das áreas de atuação profissional (Gondim, Bastos & Peixoto, 2010).

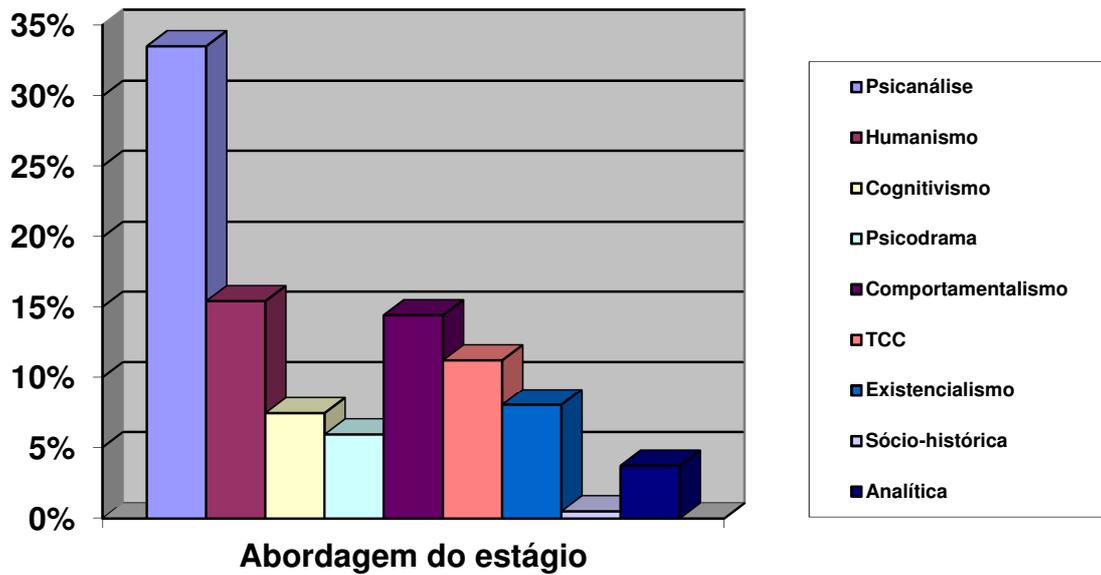


Figura 3 - Abordagem do estágio (n=188)

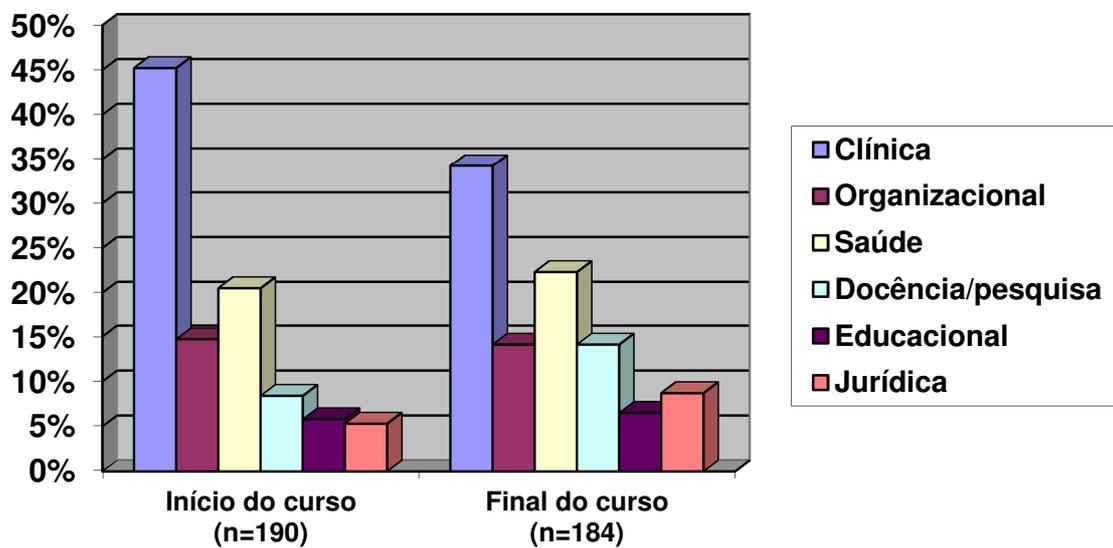


Figura 4 - Preferência da área profissional

Como citado no método, foi utilizada a Escala de Autoeficácia da Formação Superior de Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010), que possui 34 itens em formato *likert* [de 1 (pouco capaz) a 10 (muito capaz), podendo atingir valores de 34 a 340] e as médias e desvios padrão de cada item se apresentam na Tabela 1. A escala variou entre 110 e 339 e apresentou uma média de 269,17 ($n=169$; $DP=45,32$). Essa escala possui cinco fatores: autoeficácia acadêmica, autoeficácia na regulação da formação, autoeficácia em ações pró-ativas, autoeficácia na interação social e autoeficácia na gestão acadêmica.

O fator autoeficácia acadêmica, composta por 9 itens com Alpha de Cronbach=0,9, variou entre 28 e 90 e apresentou uma média de 73,4 ($DP=11,98$). A autoeficácia na regulação da formação, constituída por 7 itens, Alpha de Cronbach=0,95, variou entre 12 e 70 e apresentou média 54,12 ($DP=12,35$). A autoeficácia em ações pró-ativas, formada por 7 itens, Alpha de Cronbach=0,90, variou entre 16 e 70 e teve uma média de 50,62 ($DP=11,45$). O fator autoeficácia na interação social, também com 7 itens, Alpha de Cronbach=0,89, teve valor mínimo de 22 e máximo de 70 e média 58,46 ($DP=9,92$). Por fim, a autoeficácia da gestão acadêmica, com 4 itens, Alpha de Cronbach=0,84, variou entre 10 e 40 e teve média 32,87 ($DP=6,25$).

Optou-se também por analisar os resultados de todas as escalas e indicadores desse estudo por grupos que tiveram resultados acima ou abaixo da média da escala. A Escala de Autoeficácia da Formação Superior, por ter 34 itens com valores que vão de 1 a 10, possui valor mínimo total de 34 e máximo total de 340, sendo a sua média o valor 187. Assim, dividindo a escala em seu ponto de corte - este sendo a média da escala, neste caso o valor 187 - foram criados grupos de participantes que alcançaram valores de autoeficácia acima ou abaixo da média da escala, sendo que, nesse estudo, 94,1% dos participantes ($n=159$) mostraram ter uma autoeficácia acima da média.

Tabela 1. Resultados da Escala de Autoeficácia da Formação Superior (Polydoro e Guerreiro-Casanova, 2010)

	Média	DP
Aprender os conteúdos que são necessários à minha formação	8,61	1,51
Utilizar estratégias cognitivas para facilitar minha aprendizagem	7,69	1,91
Demonstrar, nos momentos de avaliação, o que aprendi durante meu curso	7,93	1,62
Entender as exigências do meu curso	8,43	1,73
Aplicar o conhecimento aprendido no curso em situações práticas	7,65	2,27
Estabelecer condições para o desenvolvimento dos trabalhos solicitados pelo curso	7,99	2,00
Compreender os conteúdos abordados no curso	8,45	1,51
Cumprir o desempenho exigido para aprovação no curso	8,63	1,43
Preparar-me para as avaliações	8,05	1,56
Planejar ações para atingir minhas metas profissionais	7,82	1,95
Refletir sobre a realização de minhas metas de formação	8,16	1,91
Selecionar, dentre os recursos oferecidos pela instituição, o mais apropriado à minha formação	7,92	1,89
Tomar decisões relacionadas à minha formação	8,14	1,78
Definir, com segurança, o que pretendo seguir dentre as diversas possibilidades de atuação profissional que existem na minha área de formação	7,14	2,24
Estabelecer minhas metas profissionais	7,44	2,16
Resolver problemas inesperados relacionados à minha formação	7,45	1,99
Mantiver-me atualizado sobre as novas tendências profissionais na minha área de formação	7,60	1,83
Procurar auxílio dos professores para o desenvolvimento de atividades do curso	7,51	1,93
Contribuir com idéias para a melhoria do meu curso	6,79	2,15
Atualizar os conhecimentos adquiridos no curso	7,53	1,99
Aproveitar as oportunidades de participar em atividades extracurriculares	7,65	2,21
Buscar informações sobre os recursos ou programas oferecidos pela minha instituição	7,11	2,10
Reivindicar atividades extracurriculares relevantes para a minha formação	6,41	2,26
Expressar minha opinião quando outro colega de sala discorda de mim	7,64	2,26
Pedir ajuda, quando necessário, aos colegas nas atividades do curso	8,55	1,66
Trabalhar em grupo	8,34	1,77
Cooperar com os colegas nas atividades do curso	8,74	1,48
Estabelecer bom relacionamento com meus professores	8,63	1,58
Perguntar quando tenho dúvida	8,04	2,05
Estabelecer amizades com os colegas do curso	8,47	1,83
Na gestão acadêmica esforçar-me nas atividades acadêmicas	7,85	2,05
Motivar-me para fazer as atividades ligadas ao curso	8,12	1,89
Terminar trabalhos do curso dentro do prazo estabelecido	8,67	1,65
Planejar a realização das atividades solicitadas pelo curso	8,29	1,88

Ficou claro, através dos escores da Escala de Autoeficácia da Formação Superior (Polydoro & Guerreiro-Casanova, 2010) que a maioria dos estudantes de Psicologia deste estudo não tem problemas quanto à autoeficácia na formação superior. Todos os fatores, bem como todos os itens da escala apresentaram uma média alta, variando entre resultados que demonstram autoeficácia moderada a alta. Apesar disso, dois itens chamaram atenção

por terem apresentado os resultados mais baixos, os itens “reivindicar atividades extracurriculares relevantes para a minha formação” e “contribuir com ideias para a melhoria do meu curso”. É interessante observar que esses itens implicam em melhorias para a formação, revelando que os alunos têm mais dificuldade em se posicionar quanto a ela.

A escala de empatia, adaptada da Interpersonal Reactivity Index de Davis (1980) e validadas para o uso no Brasil por Koller, Camino e Ribeiro (2001) possui 13 itens em formato *likert* [de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), podendo atingir valores de 13 a 65]. As médias e desvios padrão de cada item se encontram na Tabela 2. A escala apresentou Alpha de Cronbach=0,747 e alcançou um valor mínimo de 31, máximo de 64 e média 47,52 (n= 189; DP=6,75).

Da mesma forma como foi feito com a Escala de Autoeficácia da Formação Superior, dois grupos foram criados através da escala de empatia, dividindo a escala em seu ponto de corte (média da escala=39), 87,8% dos participantes (n=166) apresentaram empatia maior que a média. Os resultados mostraram que a maioria dos graduandos de Psicologia tende a ser bastante empática, concordando com estudos já citados (Carvalho & colaboradores, 1988; Magalhães & colaboradores, 2001; Gondim & colaboradores, 2010) que enfatizam a importância dos fatores internos dos estudantes de Psicologia como possíveis motivações para a escolha dessa profissão. Habilidades para ajudar o próximo como o altruísmo e a empatia parecem ser, segundo esses estudos, pontos fortes para a escolha da profissão e, conseqüentemente, características comuns entre os estudantes de Psicologia e psicólogos já formados.

Tabela 2. Resultados da Escala de empatia (Koller, Camino e Ribeiro, 2001).

	Média	DP
Quando eu vejo alguém sendo explorado, eu sinto que devo protegê-lo	3,86	0,95
Quando vejo alguém ser tratado injustamente, eu quase nunca sinto pena dele/dela	1,96	1,23
Eu frequentemente tenho sentimentos e preocupações pelas pessoas que têm menos sorte na vida do que eu	3,83	0,95
Eu me definiria como uma pessoa de “coração mole”	3,41	1,15
Às vezes que não sinto compaixão ou pena pelas pessoas que estão passando por problemas	2,34	1,20
A miséria dos outros não é um problema meu	1,84	0,98
Eu sou frequentemente abalado pelas coisas que vejo acontecer	3,50	1,10
Quando vejo pessoas em situações de emergência eu fico com “coração partido”	3,68	0,94
Às vezes me sinto impotente para ajudar em situações muito emotivas	3,02	1,21
Sou muito eficiente para atuar em situações de emergência	3,46	1,03
Situações tensas e emocionais me assustam	2,51	1,00
Quando vejo alguém se machucar, geralmente fico calmo	3,25	1,05
Eu perco o controle em situações de emergência	2,10	0,95

Como já foi citado no capítulo anterior, a próxima parte do instrumento funcionou como um indicador e contém itens elaborados para este estudo adaptados da literatura que abordam a formação em Psicologia Clínica na graduação. Essa sessão do questionário contou com 18 itens em formato *likert* [de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), variando entre 18 e 90]. Os 4 primeiros abordaram como a Psicologia Clínica era estudada em sala de aula; os itens 5, 6 e 7 perguntavam sobre a atuação dos professores em relação ao ensino da Psicologia Clínica; o item 8 ao 15 queriam saber a opinião dos alunos a respeito do estágio em Psicologia Clínica; e, por fim, os itens 16, 17 e 18 procuravam relacionar o aprendizado na graduação com o preparo para a atuação no mercado de trabalho. Esses itens foram agrupados em quatro grupos para posteriores análises. Os itens com suas respectivas médias e desvios padrão se encontram na Tabela 3.

Esse indicador apresentou um valor mínimo de 26, máximo de 77 e média de 51,80 (n=193; DP=10,08). O grupo “forma de estudo em sala de aula”, que poderia atingir valores de 4 a 20, teve uma média de 10,95 (n=197; DP=2,37). O grupo “professores”, com valores que poderiam ir do 3 ao 15, teve uma média de 9,87 (n=199; DP=2,87). O grupo “estágio” poderia atingir desde 8 até 40 e obteve média de 22,43 (n=197; DP=4,97).

Por fim, o grupo “graduação X prática”, que poderia atingir valores do 3 ao 15, teve média de 8,53 (n=197; DP= 3,09). Ao dividir os valores totais em grupos (como foi feito com as escalas anteriores), 56% dos participantes (n=108) apresentou valores abaixo da média, mostrando que a maioria dos participantes não avaliou positivamente a formação em Psicologia Clínica na graduação.

Em relação à avaliação da formação em Psicologia Clínica, foi interessante observar que a maioria dos alunos avaliou negativamente a formação. Em relação a esse indicador, alguns itens chamaram a atenção, como por exemplo “algumas abordagens foram mais estudadas que outras” que teve uma média bastante alta, indicando que a maioria dos alunos identificou essa característica no curso. Uma formação mais homogênea em relação às abordagens pode facilitar o processo de escolha dos estudantes, enquanto que um foco maior em algumas abordagens do que em outras pode interferir em algumas escolhas futuras dos alunos, como abordagem do estágio, especialização e inclusive no campo de atuação profissional depois de formado.

A questão da estrutura das clínicas-escola também vem à tona quando se observa que o item “no estágio em psicologia clínica, a condição física das salas de atendimento era boa” teve uma pontuação um pouco baixa. Isso revela uma deficiência nas clínicas-escola em oferecer uma estrutura física de qualidade não só aos estudantes como também, e talvez principalmente, aos clientes atendidos naquele estabelecimento.

Outros itens que chamaram atenção em relação à avaliação da formação em Psicologia Clínica foram “através do que aprendi na graduação, sinto-me preparado para atuar com a Psicologia Clínica com pessoas de diferentes níveis sócio-econômico e educacional” e “através do que aprendi na graduação, sinto-me preparado para trabalhar com a Psicologia Clínica nas diversas áreas de atuação da psicologia”. Esses dois itens falam sobre a articulação entre o que foi aprendido na graduação e o que se espera da

prática. Os dois itens tiveram uma pontuação um tanto quanto baixa, revelando que os estudantes de Psicologia não se sentem bem preparados para enfrentar as demandas do mercado de trabalho da Psicologia Clínica. Isso é bastante preocupante visto que, após a graduação e após a inscrição no Conselho Regional de Psicologia competente, o recém-formado poderá ingressar no mercado de trabalho de forma autônoma, sem exigência de experiência profissional, provas, currículo, entre outros. Esse despreparo pode afetar não só aquele que procura o profissional psicólogo e o vê despreparado, mas também o próprio psicólogo que se vê inseguro quanto a sua própria profissão e carreira. Esse fato pode justificar a grande procura de psicólogos recém-formados por cursos de pós-graduação. Segundo Yamamoto, Souza e Zanelli (2010), o modo de formação pós-graduada mais frequente entre os psicólogos brasileiros é a especialização *lato sensu*, seguida do mestrado e doutorado (*stricto sensu*). Segundo a pesquisa de Gondim e colaboradores (2010), nas três modalidades de pós-graduação, Psicologia Clínica é a preferida.

Os próximos itens do questionário foram adaptados do instrumento criado por Teixeira (2002) em sua tese de doutorado, funcionando como dois indicadores diferentes. O que se mostra mais relevante para essa pesquisa são os itens que, ao serem adaptados, abordam a perspectiva profissional em Psicologia Clínica dos estudantes. Entretanto, para que a perspectiva profissional em Psicologia Clínica não se confunda com a perspectiva profissional em Psicologia (como profissão, não apenas em relação ao campo de atuação), itens do instrumento de Teixeira (2002) que abordavam essa perspectiva profissional na Psicologia também foram utilizados, dando origem a dois indicadores distintos.

Tabela 3. Resultados do indicador Avaliação da formação em Psicologia Clínica na graduação

	Média	DP
A prática da psicologia clínica foi estudada na graduação através de seu modelo tradicional (em consultório).	3,59	1,20
Conheci as principais orientações teóricas da psicologia e suas teorias.	3,60	1,02
Algumas abordagens foram mais estudadas que outras	4,37	0,94
Aprendi sobre as técnicas psicoterápicas das principais orientações teóricas e como aplicá-las	3,31	1,02
A maioria dos professores demonstraram domínio e segurança no conteúdo ministrado	3,38	1,09
Houve, por parte da maioria dos professores, uma relação entre a teoria e a prática	3,16	1,26
A maioria dos professores atuam/atuavam profissionalmente na psicologia clínica	3,33	1,13
No estágio em psicologia clínica, a condição física das salas de atendimento era boa	2,92	1,27
No estágio em psicologia clínica, faltavam instrumentos (questionários, testes psicológicos, brinquedos, caixa de areia, entre outros)	2,84	1,21
Era difícil contatar meu supervisor para tirar dúvidas	2,15	1,04
O tempo para as supervisões era muito curto	2,82	1,17
No estágio em psicologia clínica, tive dificuldades em aplicar as técnicas que aprendi em sala de aula	2,87	1,09
No estágio em psicologia clínica, senti-me despreparado para o atendimento psicoterápico	2,99	1,16
Acho que o tempo destinado ao estágio em psicologia clínica é muito pequeno	3,51	1,20
Acho que o estágio não deveria ser realizado no último ano do curso de psicologia	3,60	1,34
Acho que a estrutura curricular do meu curso de psicologia prejudicou o meu aprendizado em psicologia clínica	2,93	1,22
Através do que aprendi na graduação, sinto-me preparado para atuar com a psicologia clínica com pessoas de diferentes níveis sócio-econômico e educacional.	2,85	1,24
Através do que aprendi na graduação, sinto-me preparado para trabalhar com a psicologia clínica nas diversas áreas de atuação da psicologia.	2,61	1,25

Em relação à perspectiva profissional em Psicologia, 14 itens em formato *likert* [de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito)] apresentaram médias e desvios padrão conforme a Tabela 4. Esse indicador apresentou um valor mínimo de 26, máximo de 70 e média de 48,06 (n=190; DP=9,02). Quando criados dois grupos para verificar quantos participantes estão acima ou abaixo da média em relação à perspectiva profissional, 68,4% (n=130) dos estudantes mostraram estar acima da média. No caso da perspectiva profissional em Psicologia Clínica, 11 itens em formato *likert* [de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito)] apresentaram médias e desvios padrão conforme a Tabela 5.

Tabela 4. Resultados do indicador Perspectiva profissional em Psicologia

	Média	DP
Eu considero que tenho um projeto profissional realista para mim	3,72	0,99
Eu me sinto um tanto perdido em relação ao meu futuro profissional.	2,86	1,21
Eu tenho metas definidas em relação à minha profissão e um plano para alcançá-las.	3,71	1,18
Eu confio plenamente na minha capacidade profissional.	3,94	0,95
Eu tenho claro para mim o que eu considero importante em termos profissionais.	4,04	0,89
Eu tenho as habilidades necessárias para exercer a minha profissão eficazmente.	3,74	0,98
Eu sei o que eu preciso fazer para realizar as minhas metas profissionais.	3,80	0,88
Eu me sinto seguro para exercer a minha profissão.	3,27	1,14
Acho que será fácil obter trabalho remunerado na minha profissão.	2,25	0,96
Eu me considero uma pessoa competente na minha profissão.	3,86	0,82
Eu tenho planos profissionais já bem estabelecidos.	3,45	1,15
Acho que não será difícil minha inserção no mercado de trabalho.	2,80	0,98
Não sei muito bem o que fazer em termos profissionais depois que eu me formar.	2,44	1,15
Acredito que vou conseguir me estabelecer profissionalmente sem grandes dificuldades.	2,79	0,99

Esse indicador apresentou um valor mínimo de 11, máximo de 53 e média de 33,66 (n=198; DP= 9,04). Quando da divisão de grupos, 50,5% dos participantes (n=100) ficaram acima da média. A diferença entre os dois grupos foi bastante pequena, sendo que quase houve um empate em relação à perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Os escores da perspectiva profissional em Psicologia foram altos, indicando que os alunos são otimistas em relação ao seu futuro profissional na Psicologia. Esse resultado foi bastante relevante para este estudo, pois, assim, os escores referentes à perspectiva profissional em Psicologia Clínica puderam ser analisados sem esse possível viés. Os escores dessa última variável foram bastante medianos, e a amostra praticamente se dividiu em dois grupos iguais: perspectiva alta e baixa. A média da maioria dos itens também ficou em torno de 3 (a escala *likert* variava de 1 a 5), o que indica um valor estacionado no meio termo. Esse resultado reflete os resultados apresentados em relação à área de interesse dos participantes no início do curso e no final do curso. No final do curso, os estudantes passaram a se interessar mais por outras áreas da Psicologia que não a

Psicologia Clínica, apesar desta ainda ser a preferida dos participantes. Por passarem a se interessar mais por outras áreas de atuação, essa pode ser uma das razões pela qual quase metade dos alunos tem uma perspectiva profissional em Psicologia Clínica mediana ou abaixo da média. Cabe agora investigar se as demais variáveis estudadas neste trabalho são preditoras dessa perspectiva ou não.

Tabela 5. Resultados do indicador Perspectiva profissional em Psicologia Clínica

	Média	DP
Sempre tive vontade de trabalhar com a psicologia clínica depois de me formar.	3,05	1,37
Não me vejo atuando como psicólogo(a) clínico(a).	2,49	1,38
Poderia trabalhar com psicologia clínica, se não eu tiver sucesso em outra área de atuação na psicologia.	3,01	1,20
Penso que terei dificuldades para conseguir viver da psicologia clínica.	3,48	1,26
Sinto que terei dificuldades para desempenhar bem o meu papel como terapeuta.	2,66	1,23
Eu me sinto capaz de executar adequadamente as tarefas relacionadas à psicologia clínica.	3,30	1,15
Eu não estou seguro sobre qual caminho seguir dentro da psicologia clínica.	2,74	1,28
Eu tenho clareza sobre quais são os meus objetivos profissionais dentro da psicologia clínica.	3,07	1,18
Não me sinto bem preparado para realizar minhas atividades na psicologia clínica.	3,00	1,19
Tenho dificuldade em definir um plano profissional dentro da psicologia clínica para mim.	3,12	1,28
Eu vejo poucas oportunidades de trabalho para mim nessa área profissional (psicologia clínica).	3,20	1,23

As Tabelas 6 e 7 comparam a perspectiva profissional em Psicologia Clínica ao sexo e ao tipo de instituição dos participantes. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres em relação à perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-0,36$; $p=0,71$). Já em relação ao tipo de instituição em que estudam os alunos, foi significativa a diferença entre públicas e privadas ($t=-2,04$; $p=0,04$), indicando que as instituições privadas apresentaram uma média maior de perspectiva profissional em Psicologia Clínica (35,10).

Esse resultado foi bastante curioso, pois não é um dos objetivos deste estudo analisar as diferenças entre instituições públicas e privadas. Essa variável teria função apenas de descrição dos participantes desta pesquisa. Entretanto, dado esse resultado,

algumas análises foram feitas com essa variável e seus resultados bem como discussão serão apresentados mais à frente.

Tabela 6. Teste t entre sexo e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

	Sexo	Média (DP)	t (p)
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Feminino	33,88 (8,49)	-0,36 (0,71)
	Masculino	33,32 (10,73)	

Tabela 7. Teste t entre instituição e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

	Instituição	Média (DP)	t (p)
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Públicas	32,47 (8,70)	-2,04 (0,04)
	Privadas	35,10 (9,25)	

A Tabela 8 comparou as médias da perspectiva profissional em Psicologia Clínica e da autoeficácia na formação superior, bem como de cada fator da escala de autoeficácia. Como mostra a Tabela 8, foi significativa a diferença entre autoeficácia alta e baixa em relação à perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-3,30;p=0,00$), indicando que aqueles com maior autoeficácia na formação superior, tendem a ter maior perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Em relação aos fatores da Escala de Autoeficácia na Formação Superior, todos os cinco fatores mostraram resultados significativos se comparados à perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Tanto a autoeficácia acadêmica quanto a autoeficácia na regulação da formação, autoeficácia em ações pró-ativas, autoeficácia na interação social e a autoeficácia na gestão acadêmica indicaram que quando esses fatores são mais altos, maior é a perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Segundo Pajares e Olaz (2008), as crenças de autoeficácia são julgamentos cognitivos de competência, referenciados por objetivos, relativamente específicos ao contexto e orientados para o futuro. Desta forma, esse resultado pode ser explicado pelo

fato de que alunos com alta autoeficácia na formação superior acreditam na própria competência, e buscam realizar suas metas e objetivos – neste caso, um futuro profissional promissor. Assim, esses estudantes tendem a se dedicar bastante durante a graduação, visando obter os melhores desempenhos possíveis. Assim, aqueles com maior autoeficácia tenderão a ter uma melhor perspectiva profissional do que aqueles com autoeficácia baixa.

Tabela 8. Teste t entre autoeficácia na formação superior e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

		Autoeficácia na formação superior	Média (DP)	t (p)
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Alta		280,4 (41,53)	-3,30 (0,00)
	Baixa		257,9 (46,53)	
Fatores da Autoeficácia na formação superior				
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Autoeficácia acadêmica	Alta	75,26 (11,67)	-2,04 (0,04)
		Baixa	71,72 (12,15)	
	Autoeficácia na regulação da formação	Alta	57,61 (10,48)	-4,16 (0,00)
		Baixa	50,41 (13,13)	
	Autoeficácia em ações pró-ativas	Alta	53,17 (10,41)	-3,27 (0,00)
		Baixa	47,86 (11,90)	
	Autoeficácia na interação social	Alta	60,36 (9,19)	-2,61 (0,01)
		Baixa	56,64 (10,34)	
Autoeficácia na gestão acadêmica	Alta	33,83 (5,80)	-2,25 (0,02)	
	Baixa	31,81 (6,58)		

As próximas tabelas apresentam a comparação entre as médias de perspectiva profissional em Psicologia Clínica e empatia (Tabela 9) e perspectiva profissional em Psicologia Clínica e avaliação da formação em Psicologia Clínica (Tabela 10). Os resultados indicaram que são significativas as duas comparações, ou seja, o grupo com maior empatia (34,41) apresentou uma maior perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-2,78$; $p=0,00$) e o grupo que avaliou melhor a formação em Psicologia Clínica (38,38) apresentou também uma maior perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($t=-7,34$; $p=0,00$).

Sobre a empatia, apesar de não terem sido encontrados estudos que comprovassem uma relação existente entre empatia e perspectiva profissional em Psicologia Clínica, a

importância daquela variável no contexto clínico na Psicologia tem sido bastante investigada por vários autores (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Pimentel & Coelho Junior, 2009; Batson, 2009). Pode-se refletir sobre esse resultado entendendo que os estudantes mais empáticos, ou seja, aqueles que, segundo Falcone e colaboradores (2008), possuem maior capacidade de inferir os sentimentos e emoções pelos quais outra pessoa esteja passando, se identificam melhor com o campo de atuação da Psicologia Clínica, e, dessa forma, têm melhores perspectivas profissionais em relação a essa área.

Já em relação à avaliação da formação em Psicologia Clínica, parece ser bastante claro que alunos mais satisfeitos com a formação também tendem a ter melhor perspectiva profissional. Segundo Silva e Duarte (2012), a formação acadêmica, por vezes, é um dos fatores que viabilizam a adequação à vida profissional, pois se percebe que a formação superior vem sendo compreendida, nas últimas décadas, como um pré-requisito elementar não só para inserção no mercado de trabalho, mas, sobretudo, para a manutenção da própria carreira. Partindo dessa ideia, fica clara a importância dessa variável para a perspectiva profissional, não só em relação à Psicologia Clínica, mas de uma forma geral, em relação a todas as profissões.

Ainda de acordo com a Tabela 10, foram comparados os grupos dentro do indicador de avaliação da formação em Psicologia Clínica (forma de estudo em sala de aula, professores, estágio e graduação x prática) com a perspectiva profissional em Psicologia Clínica, a fim de observar de alguns desses grupos – ou todos eles – se relacionam de forma diferente com a variável “perspectiva profissional em Psicologia Clínica”. Os resultados indicaram que os grupos “professores”, “estágio” e “graduação x prática” mostraram resultados significativos quando comparados à perspectiva profissional em Psicologia Clínica, entretanto, o grupo “forma de estudo em sala de aula” não teve resultado significativo, indicando portanto que a avaliação positiva ou negativa de como a

Psicologia Clínica é estudada na sala de aula tende a não influenciar a perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

É visível a importância que esses grupos têm em relação à perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Em relação aos professores, estes não apenas estão nas salas de aula, mas trabalham também como supervisores do estágio e é imprescindível que haja integração entre teoria e prática nessa atividade. Abdalla, Batista e Batista (2008) salientam a relevância da atuação do professor de ensino superior para a formação de novos profissionais, já que é em função dessa atuação que poderá haver a facilitação ou não da aprendizagem do aluno. Alguns professores podem demonstrar uma fragilidade na capacidade de atuar como professor e/ou supervisor, e isso contribui para dificuldades encontradas durante a inserção na prática. Essa fragilidade pode ter relação com o argumento de Lipp (1990) de que por conta do regime de dedicação exclusiva (principalmente em instituições federais) ou até mesmo outros motivos, como falta de tempo ou a crença de baixo retorno financeiro, existem professores/supervisores que não têm qualquer intimidade com a prática clínica.

Em relação ao estágio, como já foi citado nesse trabalho, segundo Oliveira-Monteiro e Nunes (2008), os estágios supervisionados representam para os estudantes a chance de se inserir em novos ambientes e experimentar momentos de articulação e integração teórico-prática, o que é indispensável para o desenvolvimento e a consolidação de diversas competências esperadas para o futuro profissional na Psicologia Clínica.

Já sobre o assunto “graduação *versus* prática”, essa dificuldade de articulação tende a interferir na aprendizagem dos alunos, pois, para Zabala (2002), a organização e apresentação dos conteúdos é o que mais influencia esse processo. Segundo Teixeira e Gomes (2004), a estrutura curricular dos cursos em alguns casos não favorece o envolvimento dos alunos com a formação. Isso não acontece apenas no curso de

Psicologia, mas em outros cursos também, como o de Farmácia (Teixeira, 2002) que, segundo estudantes, apresenta uma dissociação entre as disciplinas iniciais (mais teóricas) e a parte aplicada, com desvalorização das primeiras disciplinas. Isso pode contribuir para que os alunos se sintam menos seguros e preparados para sua inserção na prática. Para Pimentel (2007), a articulação entre o conhecimento produzido no processo de ensino-aprendizagem e a realidade do mundo e da sociedade está aquém do que se espera dos cursos de graduação de muitas universidades do país.

Tabela 9. Teste t entre perspectiva profissional em Psicologia Clínica e empatia.

	Empatia	Média (DP)	t (p)
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Alta	34,41 (8,85)	-2,78 (0,00)
	Baixa	28,78 (10,58)	

Tabela 10. Teste t entre perspectiva profissional em Psicologia Clínica e avaliação da formação em Psicologia Clínica.

	Avaliação da formação em Psicologia Clínica	Média (DP)	t (p)	
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Positiva	38,38 (7,58)	-7,34 (0,00)	
	Negativa	29,76 (8,40)		
Grupos da Avaliação da Formação em Psicologia Clínica				
Perspectiva profissional em Psicologia Clínica	Grupo 1: forma de estudo em sala de aula	Positiva	11,24 (2,75)	-1,79 (0,07)
		Negativa	10,63 (1,86)	
	Grupo 2: Professores	Positiva	10,54 (2,61)	-3,40 (0,00)
		Negativa	9,18 (2,98)	
	Grupo 3: Estágio	Positiva	24,87 (4,41)	-8,03 (0,00)
		Negativa	19,90 (4,24)	
	Grupo 4: Graduação x prática	Positiva	10,25 (2,54)	-9,63 (0,00)
		Negativa	6,76 (2,52)	

Visto o resultado significativo da comparação entre perspectiva profissional em Psicologia Clínica e instituições públicas e privadas, parece ser importante uma

comparação entre a avaliação da formação em Psicologia Clínica e o tipo de instituição a qual estudavam os participantes. A Tabela 11 mostra os resultados do teste t que comparou as médias dessas variáveis. Houve diferença significativa entre instituições públicas e privadas ($t=-2,73$; $p=0,00$), indicando que as instituições privadas avaliaram mais positivamente a formação em Psicologia Clínica na graduação (53,89).

Ainda em relação à avaliação da formação em Psicologia Clínica e o tipo de instituição em que estudavam os participantes, foram comparados os grupos dentro do indicador de avaliação da formação em Psicologia Clínica (forma de estudo em sala de aula, professores, estágio e graduação x prática) com instituições públicas e privadas (Tabela 12). Os resultados mostraram que não foi significativa a relação entre os grupos “estágio” ($t=-0,89$; $p=0,37$) e “graduação x prática” ($t=-1,75$; $p=0,08$). Entretanto, houve significância entre os grupos “forma de estudo em sala de aula” ($t=-2,50$; $p=0,01$) e “professores” ($t=-3,93$; $p=0,00$), indicando que os estudantes das instituições particulares avaliaram melhor a formação em relação à forma de estudo em sala de aula e ao desempenho dos professores.

Em relação a esse resultado, volta-se ao argumento de Lipp (1990), que cita a situação dos professores de universidades federais que trabalham sob o regime de dedicação exclusiva, o que os deixa longe da prática clínica fora da área acadêmica. Para a autora, é quase que inconcebível que um professor/supervisor sem extensa experiência clínica possa levantar hipóteses e contribuir significativamente para o desenvolvimento do conhecimento teórico na área, pois é na fusão do conhecimento teórico com a experiência prática que se tem um profissional totalmente preparado para o ensino da Psicologia Clínica. Desta forma, talvez por esta razão, a forma de estudo em sala de aula, bem como o desempenho dos professores das instituições particulares tenham tido avaliações mais positivas do que aqueles das instituições públicas.

Tabela 11. Teste t entre a avaliação na formação em Psicologia Clínica e instituição.

	Instituição	Média (DP)	t (p)
Avaliação na formação em Psicologia Clínica	Públicas	49,91 (9,72)	-2,73 (0,00)
	Privadas	53,89 (10,26)	

Nas análises seguintes, as abordagens em que os participantes fizeram o estágio em Psicologia Clínica foram comparadas com as variáveis autoeficácia, empatia e perspectiva profissional em Psicologia Clínica. As abordagens foram divididas em três grupos: psicodinâmica (psicanálise e analítica), humanista-existencial (humanismo, existencialismo, sócio-histórica e psicodrama) e comportamental (comportamental, cognitivismo e cognitivo-comportamental).

Tabela 12. Teste t entre grupos da avaliação da formação e instituição.

	Instituição	Média (DP)	t (p)
Avaliação da formação em Psicologia Clínica			
Grupo 1: forma de estudo em sala de aula	Públicas	10,54 (2,38)	-2,50 (0,01)
	Privadas	11,38 (2,31)	
Grupo 2: Professores	Públicas	9,11 (2,74)	-3,93 (0,00)
	Privadas	10,67 (2,38)	
Grupo 3: Estágio	Públicas	22,12 (4,79)	-0,89 (0,37)
	Privadas	22,76 (5,24)	
Grupo 4: Graduação x prática	Públicas	8,18 (3,06)	-1,75 (0,81)
	Privadas	8,95 (3,09)	

As Tabelas 13, 14 e 15 verificaram as diferenças das médias (ANOVA) de autoeficácia, empatia e perspectiva profissional em Psicologia Clínica para cada grupo de abordagem. Não houve diferença significativa entre as abordagens em relação à autoeficácia ($F=2,06$; $df=2$, 4060; $p=0,13$) e em relação à empatia ($F=0,31$; $df=2$; 14,68; $p=0,72$), indicando que a escolha (ou imposição) de um tipo de abordagem não parece

estar relacionada ao nível de autoeficácia e empatia dos participantes. Já em relação à perspectiva profissional em Psicologia Clínica, a ANOVA mostrou resultados significativos entre os grupos ($F=5,76$; $df=2, 439$; $p=0,00$). Através de análise *a posteriori* de Tukey, encontrou-se um valor maior na média do escore de perspectiva profissional em Psicologia Clínica para grupo de abordagens psicodinâmicas (36,56) seguidos do grupo de abordagens humanistas-existencialistas (32,20) e do grupo comportamental (31,95).

Segundo o estudo de Gondim, Bastos e Peixoto (2010), para os psicólogos cuja área de atuação é exclusivamente a clínica, a psicanálise continua sendo o referencial teórico mais utilizado. Assim, o resultado apresentado – de que os estudantes que fizeram o estágio clínico sob o referencial da psicanálise tiveram um escore de perspectiva profissional em Psicologia Clínica maior - reflete a tradição dessa abordagem, de ser fortemente fundamentada na prática clínica.

Tabela 13. Anova para diferenças das médias entre grupos de abordagem para a autoeficácia da formação.

Abordagem		Diferença da média	DP	P
Psicodinâmica	Humanista- existencialista	17,63	8,75	0,11
	Comportamental	9,42	8,41	0,50
Humanista- existencialista	Psicodinâmica	-17,63	8,75	0,11
	Comportamental	-8,21	9,03	0,63
Comportamental	Psicodinâmica	-9,42	8,41	0,50
	Humanista- existencialista	8,21	9,03	0,63

Tabela 14. Anova para diferenças das médias entre grupos de abordagem para a empatia.

Abordagem		Diferença da média	DP	P
Psicodinâmica	Humanista-existencialista	-0,93	1,25	0,73
	Comportamental	-0,15	1,22	0,99
Humanista-existencialista	Psicodinâmica	0,93	1,25	0,73
	Comportamental	0,78	1,25	0,63
Comportamental	Psicodinâmica	0,15	1,22	0,50
	Humanista-existencialista	-0,78	1,25	0,63

Tabela 15. Anova para diferenças das médias entre grupos de abordagem para a perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Abordagem		Diferença da média	DP	P
Psicodinâmica	Humanista-existencialista	4,36	1,57	0,01
	Comportamental	4,61	1,57	0,00
Humanista-existencialista	Psicodinâmica	-4,36	1,57	0,01
	Comportamental	0,24	1,61	0,98
Comportamental	Psicodinâmica	-4,61	1,52	0,00
	Humanista-existencialista	-0,24	1,61	0,98

A Tabela 16 mostra o resultado do teste Correlação de Pearson entre as variáveis autoeficácia, empatia, avaliação da formação, perspectiva profissional e perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Houve resultados significativos entre as variáveis autoeficácia e avaliação ($p=0,00$), indicando que existe uma relação diretamente proporcional entre essas duas variáveis, ou seja, quanto maior a autoeficácia, há uma maior tendência da avaliação da formação ser maior também. As variáveis autoeficácia e perspectiva profissional também apresentaram resultados significativos ($p=0,00$), também mostrando uma tendência de maior perspectiva profissional quanto maior for a autoeficácia. A empatia e a avaliação apresentaram significância nos resultados ($p=0,01$), o

que indica que a avaliação da formação em Psicologia Clínica tende a ser maior quando a empatia dos participantes também é grande. Outras variáveis que também tiveram resultados significativos foram a empatia e a perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($p=0,02$), o que revela que quando a empatia é maior, a perspectiva profissional também deve ser grande. A avaliação e a perspectiva profissional também mostraram significância nos resultados ($p=0,00$), revelando que quando há uma avaliação positiva da formação em Psicologia Clínica, a perspectiva profissional dos estudantes tende a ser melhor. A avaliação também mostrou-se significativa quando associada à perspectiva profissional em Psicologia Clínica ($p=0,00$), mostrando, da mesma forma, que a perspectiva profissional em Psicologia Clínica tende a ser melhor quando a avaliação da formação em Psicologia Clínica é mais positiva. Por fim, as variáveis perspectiva profissional e perspectiva profissional em Psicologia Clínica também mostraram relação significativa ($p= 0,00$), mostrando que quando há melhor perspectiva profissional, há maior tendência dos participantes terem uma melhor perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

A fim de analisar a influência da cada variável para a perspectiva profissional em Psicologia Clínica (Tabela 17), foi realizada uma análise de regressão apresentada na Tabela 17. Foram utilizados dois modelos para a análise realizada. Um modelo analisando apenas as variáveis sexo, idade e instituição (modelo 1) e outro analisando as variáveis sexo, idade, instituição, autoeficácia, empatia e avaliação da formação (modelo 2). O modelo 1 funcionou como grupo controle para o modelo 2.

Tabela 16. Correlação de Pearson entre autoeficácia, empatia, avaliação, perspectiva profissional e perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

	Autoeficácia	Empatia	Avaliação	PP ¹	PPPC ²
Autoeficácia		-0,01	0,37	0,26	0,12
		0,87	0,00	0,00	0,10
Empatia			0,18	0,07	0,17
			0,01	0,32	0,02
Avaliação				0,22	0,60
				0,00	0,00
PP¹					0,35
					0,00
PPPC²					

¹Perspectiva profissional

²Perspectiva profissional em Psicologia Clínica

O modelo 1 apresentou uma variância explicada de 4%, o que não é muito forte para explicar a influência das variáveis “sexo”, “idade” e “instituição” na perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Já no modelo 2, “idade”, “autoeficácia na formação superior” e “avaliação da formação” foram as variáveis que obtiveram mais influência para a perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Os resultados sugerem que a perspectiva profissional em Psicologia Clínica apresenta como preditores significativos a idade do estudante, a autoeficácia na formação superior e a avaliação da formação em Psicologia Clínica, com variância explicada de 38,4% ($R^2=0,384$) no segundo modelo (ver Tabela 17). O sexo, a instituição e a empatia não apareceram como preditores da perspectiva em Psicologia Clínica no modelo 2. Os preditores indicaram participantes mais velhos, com maior autoeficácia na formação superior e que avaliaram melhor a formação em Psicologia Clínica com maior peso para a variância explicada quanto à perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Tabela 17. Regressão Linear Múltipla de preditores para influência sobre a perspectiva profissional em Psicologia Clínica.

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	DP <i>B</i>	Beta	<i>B</i>	DP <i>B</i>	Beta
Sexo	0,356	1,654	0,017	-0,057	1,345	-0,003
Idade	0,211	0,131	0,136	0,241	0,106	0,155*
Instituição	3,066	1,581	0,166	1,520	1,306	0,082
Autoeficácia na formação superior				-0,031	0,014	0,157*
Empatia				0,071	0,086	0,054
Avaliação da formação em Psicologia Clínica				0,559	0,064	0,622**
R²		0,251			0,639	
F		3,358			16,874	
R² ajustado		0,044			0,384	

Nota: * $p < ,001$ e ** $p < ,05$

Esse resultado vai ao encontro do resultado do estudo de Teixeira (2002) de que relatos de perspectivas otimistas em relação ao futuro estavam associados à descrição de comportamentos ativos na busca de uma melhor formação. Aqueles que relataram atitudes exploratórias autônomas ao longo da formação, não se restringindo apenas ao que era oferecido no curso, mostraram-se ativos na busca de novas oportunidades. Teixeira (2002) acredita que esse tipo de comportamento durante a formação tem forte relação com as crenças de autoeficácia de alguns estudantes, que se sentem capazes de obter os resultados desejados, mas que, não sendo oferecidas as condições necessárias por parte da instituição de nível superior, buscam outras alternativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como foco a perspectiva profissional em Psicologia Clínica levando em consideração as variáveis internas autoeficácia acadêmica e empatia e a variável externa avaliação da formação superior nessa área de atuação. Para abordar esse tema foram feitas revisões da literatura concernentes à perspectiva de futuro profissional de jovens adultos que estão em fase de transição da universidade para o mercado de trabalho bem como sobre essa perspectiva profissional no âmbito da Psicologia Clínica, repensando também as novas formas de inserção da prática clínica no mercado de trabalho.

Ao final do trabalho, foi possível compreender que as variáveis escolhidas, de fato, fazem sentido e demonstram um caminho para um modelo explicativo sobre a perspectiva de futuro que engloba variáveis internas e externas. Especialmente no campo da Psicologia Clínica, tal modelo parece interessante por explorar questões da formação muitas vezes questionadas, bem como a importância dos constructos autoeficácia e empatia.

Mesmo tendo perdido um pouco a força como único modelo de trabalho e única fonte de renda na sua forma mais tradicional (em consultórios particulares) entre os psicólogos se comparada a dados de 20 anos atrás, a Psicologia Clínica ainda mantém-se como uma área fortemente escolhida pelos estudantes como área de atuação profissional. Esse trabalho procurou investigar não só como anda a perspectiva profissional dos estudantes em relação à prática clínica, mas também verificar possíveis relações que, no período da graduação, possam interferir nessa perspectiva.

Mesmo com resultados que não apontaram a Psicologia Clínica como área de atuação absolutamente preferida entre os estudantes, é inegável que esse campo ainda se mantém forte nos cursos de graduação, pois, em meio a tantas outras áreas (seis, no caso desse trabalho), pouco mais da metade da amostra respondeu ter uma boa perspectiva profissional na prática clínica. Parece ser lógico que, por não ser a Psicologia Clínica o

único caminho a ser seguido após a graduação, exista o interesse dos estudantes por outras áreas de atuação e por isso seria equivocado presumir que, aqueles que não têm uma boa perspectiva profissional em Psicologia Clínica não a têm exclusivamente por conta de uma má formação nessa área ou ainda pelo baixo nível de autoeficácia acadêmica. Entretanto, o que este estudo procurou investigar é se existe relação entre essas variáveis, bem como com a empatia e se, de alguma forma, elas podem interferir na perspectiva profissional dos estudantes concludentes do curso de Psicologia.

A formação em Psicologia Clínica parece ter sido uma variável chave nesse estudo já que apresentou resultados mais baixos que as demais variáveis e tem sido discutida em diversos trabalhos já apresentados nessa pesquisa (Terzis & Carvalho, 1988; Lipp, 1990; Ferreira, 1998; Günter et al., 2000; Peres, Santos & Coelho, 2003; Bitondi, 2007; Abdalla, Batista & Batista, 2008; Oliveira-Monteiro & Nunes, 2008; Paiva, 2009). Segundo Barbosa, Laurenti e Silva (2013), no que diz respeito à relação entre a formação e o campo de atuação profissional, percebe-se que a maioria dos estudantes sente-se despreparada. A sensação de conteúdo teórico-prático insuficiente, ora conectados com a graduação e ora com os estágios clínicos são os principais motivos desse sentimento de despreparo. Ainda segundo esses autores, o sentimento de insegurança dos estudantes eventualmente poderia ser menor se lhes tivesse sido oferecido mais oportunidades de atender em clínica.

Alguns resultados obtidos dentro desse estudo chamaram atenção como o caso do tipo de instituição dos participantes ter relação com a avaliação da formação em Psicologia Clínica e com a perspectiva profissional em Psicologia Clínica. A variável “instituição” pretendia apenas descrever a amostra estudada, entretanto, essa diferença entre as instituições públicas e privadas pode abrir um debate interessante quanto, não apenas à perspectiva profissional em Psicologia Clínica, mas também, e principalmente, em relação

à avaliação da formação em Psicologia Clínica, pois foi essa variável que teve maior influência sobre a perspectiva profissional.

A questão da dificuldade de articulação entre teoria e prática colocada no início deste trabalho e discutida por diversos autores (Zaballa, 2002; Carneiro, 2006; Abdalla, Batista & Batista, 2008) pôde ser vista nos resultados. Vários fatores podem influenciar nessa dificuldade, como a imposição de uma abordagem para o estágio clínico que não agrada o aluno, mas que por uma limitação no número de professores/supervisores, impede os estudantes de escolherem livremente em qual vertente gostariam de realizar o estágio. Além disso, o próprio fato de não haver tempo suficiente para realizar o estágio em mais de uma abordagem, pode fazer com que o aluno sinta muita dificuldade de trabalhar com a vertente escolhida e desconheça uma prática que tenha mais em comum com ele mesmo. Outra razão pode ser a própria inabilidade do professor em oferecer orientação/supervisão satisfatória pelo fato de ter tido pouca intimidade com essa prática ou até mesmo uma experiência frustrada.

Outro ponto bastante abordado nesse estudo de grande relevância para uma boa formação em Psicologia Clínica é o estágio supervisionado bem como as clínicas-escola. Os resultados apontaram uma avaliação abaixo da média quanto aos estágios envolvendo questões como condição física das salas de atendimento, sentimento de que o tempo para o estágio era muito curto e de que o mesmo não deveria ser realizado no último ano do curso. Não apenas a estrutura física mas também a organização dos estágios é um ponto importante para a qualidade da formação. Abdalla, Batista e Batista (2008) já chamavam a atenção para a proposta curricular que pode ser prejudicada pelas condições de “infra-estrutura institucional”. Condições físicas ruins nas salas de atendimento que possam levar a reformas ou interdições bem como poucas salas disponíveis ou uma clínica-escola muito pequena, mas com grande demanda de estudantes e clientes podem fazer com que o tempo

do aluno em contato com a prática seja diminuído, comprometendo sua atuação e em sua formação em Psicologia Clínica. O fato de o estágio ser no último ano do curso de Psicologia também é um fator importante, pois não só os estudantes se encontram bastante preocupados com diversas atividades, como por exemplo o trabalho de conclusão de curso (Abdalla, Batista & Batista, 2008), mas também estão ainda mais distantes da teoria introduzida no início e no meio da graduação, dificultando a articulação entre teoria e prática.

Talvez a questão que tenha mais importância em relação à formação em Psicologia Clínica seja quanto aos professores e as diferenças significativas entre as instituições públicas e privadas. Lipp (1990) introduziu a discussão em relação à importância da prática clínica por parte dos professores/supervisores de Psicologia Clínica, entretanto, a tradição de professores cada vez mais afastados da prática em diversos contextos continua sendo observada, em sua maioria nas universidades federais. As hipóteses mais interessantes surgem no contato direto com os fenômenos clínicos e, além disso, é preciso ter intimidade com a inserção da clínica em diferentes contextos, com pessoas de diferentes níveis sócio-econômico e educacional, bem como em diversas áreas de atuação para formar estudantes bem preparados para o mercado de trabalho atual.

Segundo Teixeira (2002), para que possa haver uma transição de sucesso da graduação para o mercado de trabalho deve-se ter um bom grau de comprometimento do indivíduo com a profissão escolhida. Esse comprometimento consiste não apenas nas expectativas frente ao curso universitário, mas também envolvimento do aluno com o mesmo e também nas suas atitudes de preparação para essa transição.

Nesse momento entra o constructo autoeficácia, que mostrou ser nesta pesquisa bastante importante, ou seja, as expectativas do estudante, embasadas na crença de sucesso de determinado comportamento, servirão de apoio para a construção das próprias

capacidades e habilidades profissionais dele. Por conta disso a autoeficácia relacionou-se significativamente com a avaliação da formação. Para Barbosa, Laurenti e Silva (2013), nessa etapa da vida profissional, o empenho pessoal é um fator expressivo, quando a pessoa se coloca como sujeito do processo e se responsabiliza pelo resultado através de atualização teórica constante a fim de calçar a prática profissional. Ainda segundo esses autores, o momento dos estágios parece ser um momento no qual os alunos estão percebendo a necessidade da fundamentação teórica para apoiar uma prática clínica fundamentada em conhecimento científico. Para a profissionalização e confiança teórica, é necessário que o estudante construa sua formação, não se satisfazendo apenas com o conhecimento que a instituição de ensino lhe proporciona.

Bastos e Achcar (1994) já concordavam com esse posicionamento de que o profissional deve estar sempre em busca do conhecimento, pois este é o que lhe possibilita destacar-se dentro de uma carreira. Assim, o curso de graduação e o estágio clínico representam apenas a primeira de muitas etapas de desenvolvimento profissional, não sendo capaz de reunir tudo o que o pleno exercício profissional espera de uma pessoa.

Entretanto, mesmo considerando a importância da educação continuada como real formadora de uma autoconfiança profissional, não é possível deixar de lado a função da formação superior como fator fundamental para a perspectiva profissional de alunos concluintes, mesmo aqueles com autoeficácia elevada e que têm possibilidades de estender seu conhecimento científico e/ou prático através de cursos de pós-graduação. A formação superior não é apenas a primeira etapa, mas funciona também como a porta de entrada dos adolescentes ao mundo profissional. A forma como esse mundo será apresentado ao provável profissional deve ser feita com cautela e responsabilidade.

No que diz respeito à variável empatia, ela apresentou uma relação significativa com a perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Entretanto, conjuntamente com as

demais variáveis, não apareceu como preditora da perspectiva profissional. A empatia, apesar de ser uma variável com estreita relação com a prática clínica, não parece ter uma influência tão determinante com a perspectiva profissional em Psicologia Clínica. Uma possível explicação para isso é o fato de que a empatia se mostrou comum à maioria dos estudantes e assim, pode-se inferir que essa é uma característica daqueles que escolhem a Psicologia como curso superior e profissão, não apenas dos alunos que tem a Psicologia Clínica como área de atuação preferida.

O presente trabalho, apesar de resultados relevantes, apresentou limitações que devem ser levadas em consideração. Apesar de suficiente para análises estatísticas confiáveis, o número de estudantes que aderiram à pesquisa foi muito aquém do esperado, visto que todos os cursos de Psicologia listados no *site* do Ministério da Educação foram contactados via *e-mail*. Mesmo contando com o fato de que muitos endereços de *e-mail* estavam defasados ou não eram mais acessados, esperava-se uma colaboração maior coordenadores dos cursos de Psicologia na divulgação da pesquisa junto aos alunos e também uma maior participação dos estudantes para responderem o questionário *online*.

A natureza *online* do questionário teve vantagens para essa pesquisa como uma abrangência maior de localidades brasileiras, evitando possíveis vieses de cunho regional e maior conveniência para os participantes, já que o questionário poderia ser respondido no horário e local escolhidos pelo estudante. Entretanto, desvantagens também foram percebidas como o tamanho do instrumento que pode ter intimidado ou ocupado demais os alunos, fazendo com que muitos abandonassem a pesquisa no meio. Outra desvantagem foi a ausência da pesquisadora que poderia ajudar os participantes tirando dúvidas durante a aplicação do instrumento.

Diante do exposto, espera-se que esse tema possa suscitar o interesse de outros pesquisadores para que seja estudado por diferentes pontos de vista, com variáveis distintas

e com um maior número de participantes. Compreender qual a perspectiva profissional dos novos colegas psicólogos pode revelar características importantes sobre essa classe que representa todos aqueles que têm a Psicologia como profissão.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, I. G. (1999). Ter equilíbrio para dar equilíbrio. *Profissão: Psicólogo?* São Paulo: Arte & Ciência.
- Abdalla, I. G.; Batista S. H.; & Batista, N. A. (2008). Desafios do ensino de Psicologia Clínica em cursos de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(4), pp. 806-819.
- Ancona-Lopez, M. A. (1983). Considerações sobre o atendimento oferecido por clínicas-escola de Psicologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (2), 123-135.
- Antunes, M. A. M. (2004). *História da Psicologia no Brasil: primeiros ensaios*. Rio de Janeiro: EdUERJ/Conselho Federal de Psicologia.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology review*, 84, pp. 191-215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, pp. 1175-1184.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, pp. 117-148.
- Bardagi, M.P. & Boff, R.M. (2010). Autoconceito, auto-eficácia profissional e comportamento exploratório em universitários concluintes. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), 15 (No.1).
- Barbosa, J. I. C. & Silveiras, E. F. M. (2004). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 11 (3), 50-56.
- Barbosa, F. D.; Silva, M. M. & Laurenti, M. A. (2013). Significados do estágio em Psicologia Clínica. *Encontro*. Vol. 16, nº 15.

Bastos, A.V.B. & Achcar, R. (1994). Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. Em conselho Federal de Psicologia. *Práticas emergentes e desafios para a formação*, (p. 249-266). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bastos, A. V. B.; Gondim, S. M. G. & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo. Em: A. V. B. Bastos; S. M. G. Gondim e col. *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

Batson, C. D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 3–16). Cambridge, MA: MIT Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Bitondi, F. R. & Setem, J. (2007). A importância das habilidades terapêuticas e da supervisão clínica: uma revisão de conceitos. *Revista Uniara*, v. 20, p. 203-212.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J.C. (2002) Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.

Brasil (2004). , Resolução n. 8, de 17 de maio de 2004: Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Conselho Nacional de Educação & Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União, seção 1, p. 16-17.

Camino, C., Camino L. & Leyens, J. (1996) Julgamento moral, emoção e empatia. Em Z. Trindade & C. Camino (Orgs.), *Cognição social e juízo moral*. (pp. 109-135). Coletâneas da ANPEPP, vol 1, 6.

Campos, L. F. L. (1989). *Supervisão clínica: um instrumento de avaliação do desempenho clínico*. Dissertação de mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Carneiro, V. T. (2006). Tornando-se psicólogo clínico. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Carvalho, A. A.; Ulian, A. A. O.; Bastos, A. V. B.; Sodré, L. G. P. & Cavalcante, M. L. P. (1988). A escolha da profissão: Alguns valores implícitos nos motivos apontados pelos psicólogos. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Quem é o psicólogo brasileiro?* (pp. 49-68). São Paulo: Edicon.

Carvalho, R. L. & Terzis, A. (1989) Caracteriza o da clientela atendida na clínica psicológica do instituto de Psicologia da PUCCAMP. *Estudos de Psicologia*, v. 6, n.1, p.94-110.

Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Costa, L. F. & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), pp. 33-41.

Craighead, L. W. & Craighead, W. E. (2006). PhD training in clinical psychology: fix it before it breaks. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, pp. 235–241.

Davis, M. H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, p. 85.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(1), pp. 113-126.

Decety, J. & Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71–100.

DeSouza, Eros. (1998). Comportamento humano numa vila global: uma perspectiva pós-moderna (construtiva) sobre Psicologia comunitária do terceiro mundo. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 11, n. 1.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da Psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia* 2004, 9(2), 381-387

Dutra, E. (2008). Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, Ano 8, N.2, p. 221-234, 1º semestre de 2008.

Falcone, E.M.O., Ferreira, M.C., Luz, R.C.M., Fernandes, C.S., Faria, C.A., D'Augustin, J.F., Sardinha, A. & Pinho, V.D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 321-334.

Féres-Carneiro, T. (1993). Academia e profissão em Psicologia Clínica: da relação possível à relação desejável. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 6(1/2), 103-105.

Féres-Carneiro, T. & Lo Bianco, A. C. (2003). Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a Psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp. 99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fernandes, V. (2011). Adaptação académica e auto-eficácia em estudantes universitários do 2º ciclo de estudos. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Ferreira, T. (1998). Clínica e escola de Psicologia: Uma relação de extimidade. *Psique* (Belo Horizonte), 8(12), 38-45.

Firmino, S. P. M. (2011). *Clínica-escola: um percurso na história e na formação em Psicologia no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freitas, F. A. (2008). Diferentes perspectivas diante da conduta do estagiário em Psicologia no contexto clínico. *Psicologia: Teoria e Prática*, vol. 10, n. 2, pp. 31-48.

Gondim, S. M. G. (2002). Perfil profissional e mercado de trabalho: Relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 299-309.

Gondim, S. M. G.; Magalhães, M. O. & Bastos, A. V. B. (2010). Escolha da profissão: as explicações construídas pelos psicólogos brasileiros. In A. V. B. Bastos (Org). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. (pp. 66-84). Porto Alegre: Artmed.

Gomes, W. B. (2003). Pesquisa e prática em psicologia no Brasil. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a Psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp. 23-59). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guedes, M. C. (1992). Atuação do psicólogo clínico: análise de dissertações em periódicos brasileiros e de dissertações e teses defendidas no país no período 1980/92. In *Conselho Federal de Psicologia* (Org.), *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços* (pp. 11-24). Campinas: Átomo.

Güntert, A. E. V. A., Camargo, C., Fabriani, C. B., Silva, S. M., Conti, J., Dias, C. C., Zanetti, F. & Silva, T. C. (2000). As variáveis determinantes na aderência à psicoterapia: uma investigação em clínica-escola. *Psico USF*, 5 (2),13-23.

Hoffman, M.L. (1982) Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial behavior* (pp. 281-338). New York: Academic Press.

Hoffman, M.L. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*. 14:151–172.

Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: what we have learned and some new directions. *American Psychologist*, 51(4), pp. 397-406.

Koller, S. H.; Camino, C.; & Ribeiro, J. (2001). Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para o uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, vol. 18(3), pp.43-53.

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (1997). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

Lent, R.W., Brown, S.D. & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive Theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 79-122.

Lipp, M. E. N (1990). A Psicologia Clínica no Brasil: o estado da arte, in: Hutz, Claudio Simon (org): *2o. Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico da Anpepp* (Anais, pag. 156-168). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.

Lo Bianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T. & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na Psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Locatelli, A. C. D., Bzuneck, J. A. & Guimarães, S. E. R. (2007). A motivação de adolescentes em relação com a perspectiva de tempo futuro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 268-276.

Lourenço Filho, M. B. (1955). Psicologia no Brasil. In F. Azevedo (Org.). *As ciências no Brasil*. (vol.2, pp. 263-296). São Paulo: Melhoramentos.

Macedo, H. O. (1994). *A clínica-escola de fonoaudiologia - um estudo preliminar*. Dissertação de mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Magalhães, M. O.; Straliozzo, M.; Keller, M. & Gomes, W. (2001). "Eu quero ajudar as

peessoas: a escolha vocacional da Psicologia”. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21, 10-27.

Martinelli, S. C. & Sassi, A. G. (2010). “Relações entre autoeficácia e motivação acadêmica”. *Psicologia Ciência e Profissão*, Campinas, 30 (4).

Mello, S. L. (1970). *Psicologia e Profissão em São Paulo*. Ed. 1. São Paulo.

Mohl, P.C. (2008). Listening to the client. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M, editors. *Psychiatry*, Third Edition. John Wiley & Sons, p. 3–19.

Multon, K. D., Brown, S. D. & Lent, R. W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 30-38.

Neiva-Silva, L. (2003). *Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua: Um estudo autofotográfico*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Nel, P. W.; Pezzolesi, C. C. & Stott, D. J. D. (2012). How Did We Learn Best? A Retrospective Survey of Clinical Psychology Training in the United Kingdom. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9): 1058-73.

Norcross, J.C. (2010). The therapeutic relationship. In Duncan, B.L., Miller, S.B.E., and Hubble, M.A. (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 113-141), Washington, D.C.: American Psychological Association.

O'Donovan, A., Halford, W. K. & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46, 101–112.

Oliveira-Monteiro, N. R. & Nunes, M. L. T. (2008). Supervisor de Psicologia clínica: um professor idealizado? *Psico-USF*, 13(2), pp. 287-296.

Paiva, M. G. V. (2009). A formação clínica do psicólogo em Universidade. *Psicologia em Pesquisa*, 3(02), pp 122-128.

Pajares, F. & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In A. Bandura.; R. G. Azzi; S. Polydoro. (Org.). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.

Palhoco, A. R. D. M. S. (2011). Estudo da empatia e da percepção de emoções em psicoterapeutas e estudantes de psicologia.

Parsons, F. (1909). *Choosing a vocation*. Boston: Houghton Mifflin.

Pelletier, D., Noiseux, G. & Bujold, C. (1985). *Desenvolvimento vocacional e crescimento pessoal: Enfoque operatório* (4ª ed.) (E.F. Alves, Trad.). Petrópolis: Vozes.

Peres, R. S., Santos, M. A. & Coelho, H. M. B. (2003). Atendimento Psicológico a Estudantes Universitários: considerações acerca de uma experiência em clínica-escola. *Estudos de Psicologia*, 20 (3), 47-57.

Perfeito, H. C. C. S. & Melo, S. A. (2004). Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21 (1), 33-42.

Pimentel, R. G. (2007). “E agora, José?”: jovens psicólogos recém-graduados no processo de inserção no mercado de trabalho na região da grande Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Pimentel, P. K. de A., & Coelho Junior, N. (2009). Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite. *Psicologia Clínica*, 21(2), 301-314.

Pina Neves, S., & Faria, L. (2007). Auto-eficácia acadêmica e atribuições causais em Português e Matemática. *Análise Psicológica*, 4(XXV), pp. 635-652.

- Polydoro, S. A. J. & Guerreiro-Casanova, D. C. (2010). Escala de autoeficácia na formação superior: construção e estudo de validação. *Avaliação psicológica*, 9(2), pp. 267-278.
- Prebianchy, H. B. & Cury, V. E. (2005). Atendimento infantil numa clínica-escola de Psicologia: percepção dos profissionais envolvidos. *Paidéia*, Vol 15 nº 31, pp. 249-258.
- Romaro, R. A. & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de Psicologia da Universidade de São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (1), 111-121.
- Sanches, M. A. C. (1999). Escolha, motivos e expectativas de acadêmicos de Psicologia quanto a profissão: uma perspectiva psicoeducacional. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Santos, W. (2004). Expectativas de estudantes de Psicologia em relação a seu futuro trabalho profissional. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Sampaio, L. R.; Camino, C. P. S. & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29 (2), 212-227.
- Saraiva, L. A. & Nunes, M. L. T. (2007). *A supervisão nas clínicas-escola do Rio Grande do Sul e nos centros de formação em psicoterapia psicanalítica de Porto Alegre*. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Schön, D. A. (2000). Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: ARTMED.
- Scott, K. J., Ingram, K. M., Vitanza, S. A. & Smith, N. J. (2000). Training in supervision: A survey of current practice. *The Counseling Psychologist*. 28(3), 403-422.
- Silva, A. L. P. & Soares, D. H. P. (2001). A orientação profissional como rito preliminar de passagem: sua importância clínica. *Psicologia em Estudo*. Vol.6, n.2, pp. 115-121.

Silva, A. M. M. (2004). Teoria da auto-eficácia. In M. F. Dela Coleta (Org.), *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde* (pp. 26-40). Taubaté, SP: Cabral Editora; Livraria Universitária.

Super, D. E. (1953). A theory of vocational development. *American Psychologist*, 8, pp. 42-70.

Super, D. E. (1957). *The psychology of careers*. New York: Harper.

Super, D. E. (1963). Self concepts in vocational development. In D. E. Super (Org.). *Career development: Self concept theory*. (pp. 1-14). New York: College Entrance Examination Board.

Strottmann, C. & Wendling, M. I. (2008). O estudante de Psicologia e o ingresso no mercado de trabalho: percepções, expectativas e busca profissional. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdades Integradas de Taquara. Taquara, RS, Brasil.

Tambaba, N. & Freire, E. (1999). *Terapia centrada no cliente: teoria e prática, um caminho em volta*. Porto Alegre: Ed. Delphos, Impressão Palotti.

Teixeira, M. A. P. (2002). A experiência de transição entre a universidade e o mercado de trabalho na adultez jovem. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Terzis, A. & Carvalho, R. M. L. L. (1988). Identificação da população atendida na clínica-escola do Instituto de Psicologia da Puccamp. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; 4(40): 87-97.

Vignemont, F & Singer, T. (2006). The empathic brain – When and Why. *Trends in Cognitive Science*, 10(10):435-441.

Vyskocilova, J. Prasko, J. & Slepecky, M. (2011). Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 53(2).

Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2009). Empathic resonance: A neuroscience perspective. In J. Decety & W. Ickes (Eds.). *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 125-138). Cambridge, MA: MIT Press.

Yamamoto, O. H.; Siqueira, G. S. & Oliveira, S. C. (1997). A Psicologia no Rio Grande do Norte: caracterização geral da formação acadêmica e do exercício profissional. *Estudos de Psicologia*. Vol. 2, nº 1. Natal.

Yamamoto, O. H.; Souza, J. A. J. & Zanelli, J. C. (2010). A formação básica, pós-graduada e complementar do psicólogo no Brasil. In A. V. B. Bastos (Org). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. (pp. 45-65). Porto Alegre: Artmed.

Yehia, G. Y. (1996). Clínica-escola: atendimento ao estagiário ou atendimento ao cliente? Em: R. M. L. L. Carvalho (Org.), *Repensando a formação do psicólogo: Da informação à descoberta*. Coletâneas da ANPEPP, Campinas: Alínea, 1 (9), 109- 118.

Zabala, A. (2002). *Enfoque globalizador e pensamento complexo: uma proposta para o currículo escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo 1

Apresentação e convite para participação da pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo para a elaboração de uma dissertação de mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe. Esta pesquisa trata da relação entre autoeficácia, empatia e formação em Psicologia Clínica para uma perspectiva de futuro profissional de estudantes de Psicologia. Esse estudo nos ajudará a entender melhor como essas variáveis influenciam o modo como estudantes concludentes do curso de psicologia enxergam seu futuro profissional na Psicologia Clínica. Por isso, sua participação é muito importante. Para isso, é só clicar no link abaixo e responder o questionário online. Suas respostas serão enviadas diretamente para nosso banco de dados. Você não precisa se identificar e todas as respostas são confidenciais. Não há riscos ou benefícios diretos da sua participação. Caso sintá-se incomodado(a) com alguma questão pode interromper a sua participação sem nenhum tipo de ônus.

Desde já agradeço pela atenção!

Roberta Camara Rocha Menezes
Telefone para contato: (79) 99479914

ANEXO 2

Questionário *online*



Universidade Federal de Sergipe
Mestrado em Psicologia Social

Este questionário levará cerca de 20 minutos para ser respondido. Sua participação é voluntária e todas as respostas serão confidenciais.

A) Nas questões abaixo, fale sobre sua capacidade de realizar atividades do contexto acadêmico marcando qual seu nível de capacidade em cada atividade, desde (1) pouco capaz até (10) muito capaz. Quanto sou capaz de...

Quanto sou capaz de...

1	...aprender os conteúdos que são necessários à minha formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	...utilizar estratégias cognitivas para facilitar minha aprendizagem?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	...demonstrar, nos momentos de avaliação, o que aprendi durante meu curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	...entender as exigências do meu curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	...aplicar o conhecimento aprendido no curso em situações práticas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	...estabelecer condições para o desenvolvimento dos trabalhos solicitados pelo curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	...compreender os conteúdos abordados no curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	...cumprir o desempenho exigido para aprovação no curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	...preparar-me para as avaliações?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	...planejar ações para atingir minhas metas profissionais?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	...refletir sobre a realização de minhas metas de formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	...selecionar, dentre os recursos oferecidos pela instituição, o mais apropriado à minha formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13	...tomar decisões relacionadas à minha formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	...definir, com segurança, o que pretendo seguir dentre as diversas possibilidades de atuação profissional que existem na minha área de formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	...estabelecer minhas metas profissionais?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	...resolver problemas inesperados relacionados à minha formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	...manter-me atualizado sobre as novas tendências profissionais na minha área de formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	...procurar auxílio dos professores para o desenvolvimento de atividades do curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	...contribuir com idéias para a melhoria do meu curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	...atualizar os conhecimentos adquiridos no curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	...aproveitar as oportunidades de participar em atividades extracurriculares?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	...buscar informações sobre os recursos ou programas oferecidos pela minha instituição?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	...reivindicar atividades extracurriculares relevantes para a minha formação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	...expressar minha opinião quando outro colega de sala discorda de mim?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	...pedir ajuda, quando necessário, aos colegas nas atividades do curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	...trabalhar em grupo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	...cooperar com os colegas nas atividades do curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	...estabelecer bom relacionamento com meus professores?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29	...perguntar quando tenho dúvida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	...estabelecer amizades com os colegas do curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31	...na gestão acadêmica esforçar-me nas atividades acadêmicas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	...motivar-me para fazer as atividades ligadas ao curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	...terminar trabalhos do curso dentro do prazo estabelecido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	...planejar a realização das atividades solicitadas pelo curso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B) Nas questões abaixo, fale o que você pensa de si próprio marcando (1) para discordo muito, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo ou (5) para concordo muito.

1	Quando eu vejo alguém sendo explorado, eu sinto que devo protegê-lo	1	2	3	4	5
2	Quando vejo alguém ser tratado injustamente, eu quase nunca sinto pena dele/dela	1	2	3	4	5
3	Eu frequentemente tenho sentimentos e preocupações pelas pessoas que têm menos sorte na vida do que eu	1	2	3	4	5
4	Eu me definiria como uma pessoa de “coração mole”	1	2	3	4	5
5	Às vezes que não sinto compaixão ou pena pelas pessoas que estão passando por problemas	1	2	3	4	5
6	A miséria dos outros não é um problema meu	1	2	3	4	5
7	Eu sou frequentemente abalado pelas coisas que vejo acontecer	1	2	3	4	5
8	Quando vejo pessoas em situações de emergência eu fico com “coração partido”	1	2	3	4	5
9	Às vezes me sinto impotente para ajudar em situações muito emotivas	1	2	3	4	5
10	Sou muito eficiente para atuar em situações de emergência	1	2	3	4	5
11	Situações tensas e emocionais me assustam	1	2	3	4	5
12	Quando vejo alguém se machucar, geralmente fico calmo	1	2	3	4	5
13	Eu perco o controle em situações de emergência	1	2	3	4	5

C) Nas questões abaixo, fale sobre o seu aprendizado de psicologia clínica na graduação marcando (1) para discordo muito, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo ou (5) para concordo muito.

1	A prática da psicologia clínica foi estudada na graduação através de seu modelo tradicional (em consultório).	1	2	3	4	5
2	Conheci as principais orientações teóricas da psicologia e suas teorias.	1	2	3	4	5
3	Algumas abordagens foram mais estudadas que outras	1	2	3	4	5
4	Aprendi sobre as técnicas psicoterápicas das principais orientações teóricas e como aplicá-las	1	2	3	4	5
5	Os professores demonstraram domínio e segurança no conteúdo ministrado	1	2	3	4	5
6	Houve, por parte dos professores, uma relação entre a teoria e a prática	1	2	3	4	5
7	Os professores atuam/atuavam profissionalmente na psicologia clínica	1	2	3	4	5
8	No estágio em psicologia clínica, a condição física das salas de atendimento era boa	1	2	3	4	5
9	No estágio em psicologia clínica, faltavam instrumentos (questionários, testes psicológicos, brinquedos, caixa de areia, entre outros)	1	2	3	4	5
10	Era difícil contatar meu supervisor para tirar dúvidas	1	2	3	4	5
11	No estágio em psicologia clínica, a oferta de pacientes era muito grande e eu ficava sobrecarregado	1	2	3	4	5
12	No estágio em psicologia clínica, a oferta de pacientes era muito pequena e minha experiência com a prática clínica foi prejudicada	1	2	3	4	5
13	O tempo para as supervisões era muito curto	1	2	3	4	5
14	No estágio em psicologia clínica, tive dificuldades em aplicar as técnicas que aprendi em sala de aula	1	2	3	4	5
15	No estágio em psicologia clínica, senti-me despreparado para o atendimento psicoterápico	1	2	3	4	5
16	Acho que o tempo destinado ao estágio em psicologia clínica é muito pequeno	1	2	3	4	5
17	Acho que o estágio não deveria ser realizado no último ano do curso de psicologia	1	2	3	4	5
18	Acho que a estrutura curricular do meu curso de psicologia prejudicou o meu aprendizado em psicologia clínica	1	2	3	4	5
19	Através do que aprendi na graduação, sinto-me preparado para atuar com a psicologia clínica com pessoas de diferentes níveis sócio-econômico e educacional.	1	2	3	4	5
20	Através do que aprendi na graduação, sinto-me preparado para trabalhar com a psicologia clínica nas diversas áreas de atuação da psicologia.	1	2	3	4	5

D) Nas questões abaixo, fale sobre o seu futuro profissional na psicologia marcando (1) para discordo muito, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo ou (5) para concordo muito.

1	Eu considero que tenho um projeto profissional realista para mim.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

2	Eu me sinto um tanto perdido em relação ao meu futuro profissional.	1	2	3	4	5
3	Eu tenho metas definidas em relação à minha profissão e um plano para alcançá-las.	1	2	3	4	5
4	Eu confio plenamente na minha capacidade profissional.	1	2	3	4	5
5	Eu tenho claro para mim o que eu considero importante em termos profissionais.	1	2	3	4	5
6	Eu tenho as habilidades necessárias para exercer a minha profissão eficazmente.	1	2	3	4	5
7	Eu sei o que eu preciso fazer para realizar as minhas metas profissionais.	1	2	3	4	5
8	Eu me sinto seguro para exercer a minha profissão.	1	2	3	4	5
9	Penso que será fácil obter um trabalho remunerado satisfatório na minha profissão.	1	2	3	4	5
10	Eu me considero uma pessoa competente na minha profissão.	1	2	3	4	5
11	Eu tenho planos profissionais já bem estabelecidos.	1	2	3	4	5
12	Acho que não será difícil minha inserção no mercado de trabalho.	1	2	3	4	5
13	Não sei muito bem o que fazer em termos profissionais depois que eu me formar.	1	2	3	4	5
14	Acredito que vou conseguir me estabelecer profissionalmente sem grandes dificuldades.	1	2	3	4	5

E) Nas questões abaixo, fale sobre o seu futuro profissional na psicologia clínica (mesmo que você não tenha interesse em atuar nesse campo) marcando (1) para discordo muito, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo, (4) concordo ou (5) para concordo muito.

1	Sempre tive vontade de trabalhar com a psicologia clínica depois de me formar.	1	2	3	4	5
2	Não me vejo atuando como psicólogo(a) clínico(a)	1	2	3	4	5
3	Podaria trabalhar com psicologia clínica, se não eu tiver sucesso em outra área de atuação na psicologia.	1	2	3	4	5

4	Penso que terei dificuldades para conseguir viver da psicologia clínica.	1	2	3	4	5
5	Sinto que terei dificuldades para desempenhar bem o meu papel como terapeuta.	1	2	3	4	5
6	Eu me sinto capaz de executar adequadamente as tarefas relacionadas à psicologia clínica.	1	2	3	4	5
7	Eu não estou seguro sobre qual caminho seguir dentro da psicologia clínica.	1	2	3	4	5
8	Eu tenho clareza sobre quais são os meus objetivos profissionais dentro da psicologia clínica.	1	2	3	4	5
9	Não me sinto bem preparado para realizar minhas atividades na psicologia clínica.	1	2	3	4	5
10	Tenho dificuldade em definir um plano profissional dentro da psicologia clínica para mim.	1	2	3	4	5
11	Eu vejo poucas oportunidades de trabalho para mim nessa área profissional (psicologia clínica).	1	2	3	4	5

F) Idade: **G)** Sexo: F /M

H) Estudo em uma instituição:

() Pública () Privada

I) Estou cursando:

() 1º ou 2º período () 3º ou 4º período () 5º ou 6º período () 7º ou 8º período

() 9º ou 10º período

J) Quantas disciplinas você cursou na graduação que abordaram a psicologia clínica?

—

K) Em qual abordagem teórica você realizou o estágio obrigatório em psicologia clínica?

() Psicanalista () Humanista () Cognitivista () Psicodramática () Comportamental

() Existencialista () Sócio-histórica () Analítica

L) Que área de atuação da Psicologia mais te interessava quando iniciou o curso?

() Clínica () Organizacional () Saúde () Docência/pesquisa

() Educacional () Jurídica () Outro _____

M) Que área de atuação da Psicologia mais te interessa agora, no final do curso?

() Clínica () Organizacional () Saúde () Docência/pesquisa

Educacional Jurídica Outro _____

N) Você estuda em que Estado? _____